Otra Mirada al Sistema de Salud Mental

Xarxa GAM
Hugo Rojo

Una manera de entender el conflicto





EDITORIAL & IMPREMTA SCCL

DESCONTROL

Desde el principio, **Editorial Descontrol** apuesta por las licencias de publicación libre, **Creative Commons,** por eso, podéis copiar, distribuir y descargar libremente nuestros libros. Algunos libros de nuestro catálogo se encuentran en libre descarga

Evidentemente, la cultura libre no quiere decir gratuita, el precio del libro incluye derechos de autor, de corrección, traducción editorial, imprenta...

Si estás a favor que la cultura siga siendo libre, p**uedes colaborar haciendo una aportación a nuestra editorial**, así ayudas a la cultura o, puedes hacerlo realizando un ingreso a la siguiente cuenta corriente:

ES52 3025 0011 7614 0012 4093
Concepto COLABORACIÓN CON DESCONTROL

Muchas gracias por el apoyo!

OTRA MIRADA

AL SISTEMA DE SALUD MENTAL

1ª edición, junio del 2018, Barcelona

ISBN: 978-84-17190-36-1
Depòsit Legal: B 14324-2018

Impreso en Impremta Descontrol
impremta@descontrol.cat

Editado por Descontrol (Barcelona)
c/Constitució 19, Can Batlló, Bloc 11, Nau 83-90, 08014 (Barcelona)
editorial@descontrol.cat
www.descontrol.cat
934223787

OTRA MIRADA
AL SISTEMA DE SALUD MENTAL

-Una manera de entender el conflicto-

Xarxa GAM
Hugo Rojo



INTRODUCCIÓN

Comenzamos a escribir unas líneas después del ingreso-encierro de un compañero de XarxaGAM en un manicomio. Era su quinto encierro en un psiquiátrico de la provincia de Barcelona. Era un encierro más, esta vez de tres semanas por haber sufrido alucinaciones y delirios durante un tiempo pronunciado. Durante las visitas colectivizamos el hartazgo de tal situación de abusos, pastillas y aislamiento. De alguna manera queríamos mostrar las diferentes formas de exclusión, coacción y fuerza que tiene esta institución, que nada tiene de humana.

El libro que tienes en las manos no es ni un dogma ni una fórmula maestra para sobrellevar y oponerte a los encierros. Aunque coincidimos y compartimos muchos puntos de vista, las líneas que recoge este libro son opiniones, son pensamientos y alaridos de experiencias reales. Los diferentes apartados recogen conversaciones con una misma y con las compañeras, resumen impotencias que hemos vivido y anhelos de decidir sobre nuestra salud, por la reivindicación de un trato respetuoso y terapias adecuadas a como sentimos nuestros cuerpos y nuestras mentes. El primer objetivo era dar rienda suelta a lo que llevamos dentro, lo invisibilizado y lo comúnmente acallado, lo etiquetado bajo un sinfín de frases hechas y definiciones estigmatizantes, lo que nos duele, por lo que querríamos luchar si conseguimos reunir las fuerzas que aún nos quedan después de sobrevivir al sistema de salud mental y el capitalismo salvaje.

El libro tiene un segundo objetivo. Queremos con esta obra difundir la *antipsiquiatría*, una ideología que en la teoría como en la praxis reafirma la soberanía personal y la autono-

mía de la persona afectada, de la que hemos aprendido y con la que coincidimos. La antipsiquiatría es una corriente de la psiquiatría con cara, cuerpo y alma humana. Las situaciones que explicamos a lo largo del libro requerían darnos cuenta de nuestra situación real, de añadir a tantas impotencias una base de crítica social radical, ir más allá de las individualizaciones forzadas para plantear un cambio de paradigma político, social y cultural, de perspectiva y pensamientos. Esta es la forma que hemos tenido para romper el discurso funcional dominante, polarizar nuestro camino por lo impuesto y proponer vías de solidaridad y superación colectiva.

La *Otra Mirada al Sistema de Salud Mental* se compone de siete capítulos, todos ellos muy diferentes. Poco a poco se fueron ampliando y añadiendo los capítulos a modo de piezas de un puzzle. La idea original surgió de lo que ahora es el primer capítulo. Este es un cuestionario con varias respuestas por cada pregunta y explica de alguna manera diferentes aspectos que tiene una persona psiquiatrizada cuando se ve sometida por la institución, también sobre la discriminación que padecemos por tener diagnóstico psiquiátrico. El resto de capítulos se fueron añadiendo a medida que se unieron más compañeras a participar en el proyecto. El segundo capítulo es un decálogo de principios que los llevamos tatuados en el pecho como forma de revolucionarnos. Le sigue el tercer capítulo donde se recoge el testimonio de un compañero nuestro del *Grupos de Apoyo Mutuo XarxaGAM*, a su experiencia se añadió alternativas al encierro y el empastillamiento que se están practicando actualmente en diferentes lugares. Después viene el cuarto capítulo, este es una crítica a una terapia multifamiliar y se describen en él las sensibilidades, inquietudes y reflexiones de una usuaria que participó en la terapia. A continuación viene el capítulo más filosófico del libro. El quinto capítulo filosofa sobre la materialización de los GAM's y sus identidades, tácticas, victorias, fallos, beneficios y errores. El sexto capítulo está narrado en forma de cómic. En el guión y el cómic se quiso mostrar unos abu-

sos que se dan con cotidianidad en encierros psiquiátricos, son experiencias que hemos vivido en primera mano. Una represión normalizada a la que se ha querido añadir un final inesperado. Y por último, el capítulo séptimo es un ensayo breve. Elabora la posibilidad de una estrategia que podría ser compartida por todo tipo de organizaciones en salud mental.

Esta *Otra Mirada* sobre la resistencia al omnipotente Sistema de Salud Mental se ha compuesto de varias autorías y todas ellas han dejado su huella en los capítulos, aportando, rectificando, completando.Varias compañeras de Xarxa GAM cogimos fuerza común para realizar este libro, unas ideas compartidas para desarrollar y profundizar entre todas. Nos animó ir viendo el resultado de nuestras sumas, de poder aportar cada una nuestra opinión y determinación sobre este asunto que tanto nos afecta y que cada vez va adquiriendo más importancia, tanto en la lucha sectorial como en los diferentes movimientos sociales, modulando nuestro lenguaje y sobre como mirarnos en momentos de sufrimiento.

Otras compañeras externas y aliadas a Xarxa GAM han aportado una inestimable ayuda a la consecución del proyecto, ayudas desinteresadas así como entusiastas, fueron unas más del equipo. Queremos agradecer a Eneri, Clara Carbonell y Jorge López, grandes amigas con muy buen corazón y compromiso con la causa. A la ayuda inestimable de Inés Solé y Lucas Requés en la revisión y corrección de los textos. Todas ellas dedicaron su tiempo y compartieron sus ideas en esta locura de libreto, que no supera nuestra locura que está en división de honor. Y agradecer al trabajo del ilustrador Hugo Rojo por dibujar tan bien el cómic y darle vida al guión. Decir, que la colaboración en este proyecto no significa estar de acuerdo en la totalidad de su contenido. Agradecer también al colectivo *PrimeraVocal.org* por ser fuente de inspiración y a las Situacionistas por su esquema (que nos sirvió para el primer capítulo del libro). Y no nos podemos olvidar de la medalla-de-embudo que le hemos dado a Inqui etud

por sus intervenciones, una aliada y amiga de hace siete años en esta lucha contra la psiquiatrización que se implicó en el proyecto des del minuto cero. Nos llevamos de ella sus ánimos y las aportaciones de las que viven los encierros des del apoyo fuera de los muros.

Antes de dejarte con el libro a solas, unas notas sobre su redacción. El término "enfermedad" mental lo ponemos entrecomillas porque no creemos que sean enfermedades, sino una forma distinta de concebir y vivir la realidad. Nos oponemos a la normatividad como distintivo de estar sano. También en el libro se ha hablado en primera persona como discurso, ya que está enfocado en nuestro prisma como psiquiatrizadas. Por cuestión de género se ha utilizado la "a" para incluir un lenguaje escrito exento de dominación masculina.

Este libro es para todas, para las psiquiatrizadas, las personas próximas a les psiquiatrizadas, para las que trabajan en instituciones de salud y toda aquella interesada en escuchar a la otra. Se habla en general en este libreto de auxiliares de enfermería, de enfermeras y de psiquiatras como propios diablos con látigo y venidos del infierno más terrorífico, con el fin de practicar la tortura y la dominación. Decir que conocemos, y más que conocer tenemos amigas, que ejercen estas profesiones y son totalmente lo contrario a la psiquiatría establecida, son una luz de esperanza en el ámbito profesional de la salud mental, a ellas les debemos mucho por luchar con nosotras, por opinar contra lo que propugnan los grandes poderes del sistema. Por desgracia, son minoría. Decir que el problema es estructural y sistémico, las profesionales obedecen unas consignas. Os invitamos a todas a empatizar, a leer estas voces que normalmente no tienen espacio para salir y expandirse.

“Una sociedad que ha agotado el conjunto de sus posibilidades vitales tiene buenas razones para juzgar como “terrorista” todo aquello que se experimente más allá de ella.”

Llamamiento y otros fogonazos, Comité Invisible

“Todo está por construir.
Deberás construir la lengua que habitarás
y deberás encontrar los antepasados que te hagan más libre.
Deberás edificar la casa donde ya no vivirás sola.
Y deberás escribir la nueva educación sentimental
mediante la que amarás de nuevo.
Y todo esto lo harás contra la hostilidad general,
porque quienes despiertan
son la pesadilla de quienes aún duermen.”

Tiqqun. La guerra recién ha comenzado

LA SUPERVIVENCIA AL SISTEMA DE SALUD MENTAL

"No hay barrera, cerradura, ni cerrojo que puedas imponer a la libertad de mi mente"
Virginia Woolf

"Dejar de estar loco es aceptar ser obediente, poder ganarse la vida, reconocerse en la identidad biográfica que han forjado para uno, es dejar de extraer el placer de la locura"
Michel Foucault

1. ¿Niegas la corriente biologicista del trastorno mental?

En tal caso, has entendido que:

a) El biologicismo es la perspectiva científica establecida como mayoritaria en el campo de la salud mental. Lo que viene a decir es que la depresión o el delirio están determinados por la genética de la persona que lo sufre. Culpa a la naturaleza de lo que sucede en nuestro interior, despreciando el desarrollo personal de cada diagnósticada, empezando por su infancia; no se contempla que esta persona pueda no haber tenido suerte en la vida, ya sea social o físicamente, o que se haya encontrado con situaciones y contextos a los que es difícil sobreponerse; no se tienen en cuenta las causas derivadas del capitalismo, que nos condena a sobrevivir en un mundo inhabitable donde la vida en comunidad está desintegrada y las personas se enfrentan a la realidad individualmente, comiéndose sus problemas sin apenas ayuda de nadie –ya sea problemas laborales, falta de dinero para vivienda o para dar de comer a sus hijas. La explicación biologicista no te atiende ni te escucha, casi te viviseciona

para después clasificarte. Por muy establecida que esté esta corriente lo único que hace es callarte, aplacarte; no te da soluciones. (Así luchas para negarla en los múltiples espacios y momentos en que se da, para buscar tus formas de vida y tus salidas).

b) Los trastornos mentales se clasifican sobre la base de síntomas, porque no existen signos biológicos o pruebas de laboratorio que permitan describirlos de forma directa. El biologicismo se sustenta a pesar de un grave error de base: la carencia de biomarcadores evidencia la gratuidad de suponer una causa somática o biológica al trastorno mental. Se inventan relaciones entre comportamientos y substancias químicas, que después tratarán de regular mediante psicofármacos.

c) En los "países en vías de desarrollo" (es decir, pobres) hay una gran diferencia con los países de occidente respecto al tratamiento de la "enfermedad" mental, ya que presentan menores índices de problemática de la salud mental. Tienen menos psicofármacos, las personas con sintomatología aguda de alucinaciones, etc. se recuperan mejor que aquí, y no presentan una continuidad crónica.

d) Si has tomado las pastillas, ya sea a la fuerza, coaccionada o voluntariamente, habrás comprobado por ti misma que la teoría que sustentan no se prueba en ti: el delirio o la tristeza permanecen aunque las tomes. Esto significa que la teoría de la vulnerabilidad biológica no te ha ayudado a encontrar soluciones a tu malestar, y tendrás que buscar tu propio camino, tus propias alternativas, lejos de las prescripciones médicas.

e) Este cuento no es nuevo, y lo has oído ya muchas veces: argumentos biologicistas que tratan de justificar lo injustificable, siempre del lado de la opresión. Se nos trata de

vender un discurso supuestamente científico e incontestable justificando el modo en que se trata oficialmente el trastorno mental, del mismo modo que ya se ha hecho. El trastorno mental no se puede adjudicar a factores genéticos de la misma manera que no la tiene la superioridad de le blanca sobre la negra, el hombre sobre la mujer, la rica sobre la pobre o el ser humano sobre el resto de las especies. Pueden haber traumas y sensibilidades compartidas, pero el sufrimiento es algo inherente a nuestra forma de vida; así como también lo son las ganas de afrontarlo y superarlo.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por hacer añicos al sistema capitalista, el peor mal de los males, como principal causante de trastornos mentales derivados de una vida estéril e insípida, pues las causas de los mismos en el capitalismo son variadas.

Nota: El bioligicismo es la ciencia dominante que dice que las "enfermedades" mentales se originan debido a un "desequilibrio químico" en el cerebro. Dice que estos trastornos vienen grabados en tus genes y son hereditarios; que la culpa es de tu cuerpo, y no de que te hagan vivir una vida de mierda. Todo ésto, cuando no existen pruebas para evaluar el estado químico del cerebro en una persona viva. No hay nada científicamente probado, así como tampoco un remedio generalizable. Y debes buscar tus propias alternativas, lejos de las prescripciones médicas. Tu camino.

2. ¿Te has resistido al ser reducida por la policía para llevarte al psiquiátrico?

En tal caso, has entendido que:

a) Pasa a menudo que no hay una firme conciencia en tu entorno familiar y social cuando más estás sufriendo. Predomina el desconocimiento de alternativas viables a la institución psiquiátrica. Lo más probable cuando tienes una crisis es que, desde tu entorno cercano, se decida llamar a una ambulancia confiando en que los médicos y enfermeras sabrán lo que hay que hacer en este tipo de casos. Si te niegas a ir a un psiquiátrico, el personal sanitario de la ambulancia llamará a la policía y ésta te llevará, forzosa e involuntariamente. Quizás hasta te planteen que puedes ir por las buenas (ambulancia) o por las malas (ambulancia con policía dentro) en tal caso las amenazas y la coacción son palpables, y tu libertad de elección subyugada por completo. El encierro-ingreso no es terapéutico, ni en la forma como comienza ni como continúa.

b) Los casos en que una "enferma"-mental ha atentado contra la vida de otras personas tienen un porcentaje muy pequeño en relación con el nivel de violencia de la población en general. Después de un altercado cualquier persona suele pasar como máximo 72h en el calabozo, mientras que el encierro de una "enferma"-mental después de un "brote" dura casi un mes. Una "enferma"mental más bien piensa en que le atacarán, en protegerse, en el suicidio, antes que en agredir a otras. La media de edad de una persona diagnosticada con esquizofrenia son 20 años menos que la población general. Y es precisamente en los momentos de crisis, en que el sufrimiento te sobrepasa y te sientes más vulnerable, cuando te persiguen y te encierran sin apenas preguntar. Pero ni siquiera entonces, aunque no te encuentres bien, te tragas que el "procedimiento habitual" sea el más saludable posible.

c) Las fuerzas represivas del Estado, no solamente se enfrentan a los movimientos sociales de izquierdas, sino que también participan en la persecución de aquellas personas que subvierten la normatividad con su ejemplo. El ingreso

forzoso e involuntario supone una violación de la libertad personal; una represión del Estado y de todo su aparato sanitario-judicial hacia la individualidad. No es una hospitalización libre y consentida por el bien de tu salud: consiste tan solo en aislarte, encerrarte y doblegarte. Nada menos que un secuestro, con la única razón de evitar que se rompa con el *status quo* normalizador.

d) Es una determinación personal el rechazar a la policía en tu vida, independientemente de que ya estés con alucinaciones o en fase maniática: es tu decisión el dejar el sufrimiento con tus medios y recursos, mediante el apoyo de tus amigas. Necesitar ayuda, en un momento concreto, no tendría que traducirse automáticamente en un encierro-ingreso. Las alternativas existen, como se explicará posteriormente.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por una sociedad que se abra a otras vías que rechacen el secuestro físico de las personas en crisis mental.

3. ¿Estando ingresada en el psiquiátrico te han dado ganas de fugarte?

En tal caso, has entendido que:

*a) El encierro se convierte en una cárcel física donde se controlan todos tus movimientos, gestos y palabras. Tienes que rendir obediencia a la autoridad –Auxiliar de Enfermería, Enfermera y Psiquiatra–, y te encuentras en pleno aislamiento. Te conviertes, por tu condición de psiquiatrizada, en una presa del Sistema de Salud Mental. *Cama-desayuno-pastillas-patio-comida-pastillas-cama-patio-visitas-cena-pastillas-cama*. La libertad de movimiento no tiene lugar en el psiquiátrico. Han anulado tu capacidad subversiva. No dudarán en utilizar las coacciones y amenazas

necesarias para dirigir tu vida y tu comportamiento, durante y después del encierro.

b) No hay escapatoria. Ni siquiera para tu pensamiento, el cual está bajo inspección continua. Antes era una institución disciplinaria, ahora se ha convertido en una institución de control físico y mental. Todos tus pensamientos son analizados con lupa, susceptibles de ser utilizados en contra tuya, para alargar tu encarcelamiento o aplicarte una opresión aún más dura. En donde el pensamiento deja de ser tuyo, pasa a formar parte de tu sumisión: piensas como ellos te obligan a pensar.

c)La Institución Psiquiátrica se convierte en la más opresora que has sufrido nunca. Te prohíben hacer cualquier cosa que ellas no hayan previsto para ti; pero para ti sólo han previsto la inmovilidad y el silencio, o que te quedes clavado ante la televisión. Las normas dañan la esencia de tu ser, la imposición de comportamiento se establece como medida de control, deteriorando tu condición de individuo. No solo has de obedecer, has de subyugar todo tu ser a su lógica represora, no te dejarán marchar hasta que demuestras que la has asimilado. Asientes, disimulando, mientras algo se te revuelve por dentro.

d) ¡Huye, psiquiatrizada, huye! Escápate de la institución psiquiátrica!La fuga es bella, abandonar el viejo mundo, hazlo por ti y por tus amigas! Cuando salgas de permiso, ¡no vuelvas! Pero tendrás que vivir en la clandestinidad. ¡También puedes forzar un alta obligatoria! (mintiéndole al psiquiatra de que estás totalmente bien y recuperarte en casa con las tuyas).

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por una sociedad libre de imposición, donde reine la libertad de comportamiento y pensamiento, donde no haya nadie por encima de ti que te obligue a ser de una forma dañina para tu ser. Estás luchando por una sociedad en la que no haya opresores ni oprimidas, por una sociedad igualitaria, solidaria y libertaria.

4. ¿En el ingreso al psiquiátrico te gustaría poder tener todas las comodidades, el confort y el bienestar que tienes en casa o en la calle?

En tal caso, has entendido que:

a) La estancia en el psiquiátrico tiene un coste diario de 170€, es decir si estás de encierro-ingreso durante 22 días, pagarías 3.740€. Si estás en un psiquiátrico público, esta cantidad se paga por medio de las contribuyentes y los fondos del Estado. Y si es un psiquiátrico privado, casi siempre en manos de alguna entidad religiosa católica-apostólica que se enriquece a costa del sufrimiento -creando más sufrimiento, control y obediencia- sigue siendo el Estado quien paga (externalizando).

b) En tu paso por el psiquiátrico -debido a una crisis- necesitas contar con todas las comodidades para que tu recuperación sea lo más rápida posible. Por lo tanto todo el dinero invertido en el psiquiátrico como paciente debe ser acorde a tu necesidad de vivir bien y poder encontrar una estancia confortable y reconfortante, sin que tuviera la más mínima similitud con un Centro Penitenciario. Sin embargo, les auxiliares de enfermería y enfermeras te tratan como mera mercancía, como un subproducto industrial, cuando lo que necesitas es empatía y amor. El contacto entre paciente y profesional es mínimo, la comunicación pobre, la relación

distante: es decir, que van por faena, y no les preocupa que tú estés lo mejor posible. De hecho, en general evitan el trato. Eres un nombre de un historial y ni por asomo van a hacer el esfuerzo de tratarte con comprensión y cariño. Dejas de ser una persona, tu proceso de recuperación es en realidad de enclaustramiento y ellas son tus carceleras.

c) Por 170€ diarios tienes derecho a una habitación propia con buenas vistas a la naturaleza, conexión a Internet, gimnasio con cintas corredoras, elípticas y pesas; acceso a la pista de basquet y futbol sala cuando te rote; biblioteca, una piscina cubierta y, sobre todo, un spa en el que relajar tus neuronas. Ésto sólo se convierte en realidad pagando 170€ diarios. De lo contrario, lo que te encuentras son habitaciones hacinadas, horarios marciales, restricciones de uso de espacios, etc.

d) *La realidad es que los psiquiátricos son cárceles*. Son Instituciones Totales. En aquel lugar maldito donde reina la tristeza, no se castiga la locura se castiga la normatividad enferma.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, para que tu paso por el psiquiátrico no se convierta en un castigo ni una sensación gris, llena de tristeza y falta de endorfinas; sino que sea una vida llena de placeres y pasión, encaminada a autorealizarte personalmente y VIVIR en mayúsculas. Y siendo partícipe de que los psiquiátricos no sean fábricas-carcelarias de la salud mental y sean centros de Comunidades Terapéuticas, dinamitando la Institución Psiquiátrica.

5. ¿Les has escupido a los ojos a la auxiliar de enfermería y a la enfermera mientras te ataban a la cama?

En tal caso, has entendido que:

a) El autoritarismo es despreciable e infame. Desde la base se debe luchar contra la repugnancia del poder, contra las relaciones jerárquicas y el asistencialismo interesado. Hace falta urgentemente crear uniones entre les compañeras psiquiatrizadas, desde la solidaridad y para que estos encarcelamientos no continúen ocurriendo.

b) La contención mecánica es una de las peores torturas que puede perpetrar un ser humano sobre otro. Su objetivo no es protegerte, ni tan siquiera protegerse a ellas mismas: la practican para medir su capacidad de poder, para imponer el orden. Bajo la excusa de tu protección y la de ellas te atan, te imponen su poder y su orden antes de conocerte, de saber algo de ti o de preguntarte nada. Comienzas estando abajo y tu comportamiento solo puede ser el de rebelarte contra esta inicial subyugación. ¿La auxiliar de enfermería ataría a su madre si se diera el protocolo de contención mecánica?

c) Una vez atada, estás ahí horas, días, porque inicias tu ingreso o porque atendiendo su orden te castigan. Sin trato ninguno, aislada totalmente con tus miedos. Sin movilidad. Dificultando el comer, el dormir.Hasta mear y cagar se convierte en una actividad complicada, para eso tendrás que pedir permiso y esperar a que te oigan o te atiendan. Por regla general, las habitaciones de aislamiento y contención no permiten oír tus socorros, gritos, desesperación, lloros... al exterior de la habitación. Son habitaciones insonorizadas, impermeables a cualquier ruido o grito de socorro, para que así no molestes ni a auxiliares ni a enfermeras. Por lo que no te queda más remedio que hacerte tus necesidades encima. No te puedes ni rascar. Cualquier persona podrá imaginar-

se que esto no sirve para aliviar la angustia, el miedo o el nerviosismo de nadie, sino más bien al contrario. Controlar cuando y como satisfaces las necesidades más básicas es un añadido a la tortura. Por algo la Asamblea General de Naciones Unidas ha advertido que estas prácticas pueden ser consideradas un método de tortura, y que además favorecen la aplicación de otras intervenciones no consentidas, como el electrochoque forzoso.

d) Y es que una atención individualizada es costosa. La falta de profesionales justifica la inexistencia de tratamiento humano y la tortura de la contención; es como justificar el holocausto nazi por superpoblación. Si durante un ingreso sufres una crisis la atención y cuidados tendrían que duplicarse, y no multiplicarse por cero. De eso depende una rápida y buena recuperación. En este tipo de contexto es imprescindible tratar con psicólogas y educadoras sociales: aumentar el potencial psicosocial, y no dejarte sola en un momento que necesitas la total atención para tu bienestar.

e) Aunque grande, el daño que producen las contenciones no es solamente emocional. También existe un importante riesgo físico que llega incluso al peligro de muerte. La persona puede sufrir golpes o luxaciones mientras la reducen (y más si trata de resistirse). Y una vez atada puede sufrir graves daños como atragantamientos, lesiones musculares, asfixia o una falta de oxígeno en zonas vitales como los pulmones, el corazón o el cerebro, a causa de un coágulo producido por la inmovilización (lo que se llama tromboembolismo venoso) y que puede llevar a la muerte. En los 3 primeros meses del 2017 murieron una persona en Oviedo y otra en A Coruña por contención mecánica. Se desconoce la cifra exacta de muertes (asesinatos) por esta práctica en el estado español, ya que estos datos no suelen salir a la luz.

f) Hay países de nuestro entorno en los que está prohibida la contención mecánica en caso de hospitalización, como pueden ser el Reino Unido o Islandia. En los últimos años hay un debate muy intenso sobre el tema de las contenciones, poniendo sobre la mesa este abuso.

g) Si cometes un delito te encierran en un calabozo en una comisaría policial, y en este caso no te atan. Entonces ¿porque se nos ha de atar a nosotras las locas?

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por una sociedad libre de ataduras (sic), donde el trato entre iguales sea cuidarse mutuamente, sobre todo en momentos de sufrimiento; donde se garantice tu capacidad de decidir sobre tu vida y tu salud; ofreciéndote opciones, y no imposiciones, y sin recurrir nunca a tratos vejatorios o condiciones de vida inhumanas. En la qué cada cual sea su propio amo, y viva en tales condiciones que jamás tenga que tratar a otra persona como esclava.

6. ¿No le cuentas todo lo que te pasa a tu psiquiatra?

En tal caso, has entendido que:

a) Mejor prevenir que curar. La Psiquiatra ejerce como autoridad, es el poder establecido de la salud mental; por debajo de él está la unidad familiar, con poder para decidir pero dispuesta a creerse lo que la psiquiatra diga; y finalmente, en tercer plano, estás tú. Por lo que debes procurar medir con cuenta gotas los malestares que le cuentas a la psiquiatra, y hablarle sólo de lo que a ti te pueda beneficiar, ya que a la mínima te puede llevar al encierro-ingreso. Todo lo que digas puede ser utilizado en tu contra y no para ayudar a tu mejora. Al final, consiguen que tu miedo a ingresar otra vez en el psiquiátrico sea mucho mayor que el de volver a un es-

tado de crisis y sufrimiento. La relación paciente-psiquiatra se convierte en pura relación de poder. Aquí ya no se trata de curar, sino de controlar.

b) La psiquiatra se convierte en la juez de la Institución Psiquiátrica. Te clasifica, etiqueta y evalúa tu estado psíquico, sin derechos ni abogados de defensa, dejándote indefensa. Derriba tu capacidad de autovaloración y tu independencia, sin espacio para decidir entre opciones diversas. Tu estado depende del juez del Sistema de Salud Mental. No es gracias a ella o ellas que te vas a recuperar, sino a pesar suyo. La lucha está en tí misma, contando con el apoyo de tus amigas. Sabiendo que la psiquiatría es el arte de entender tu realidad en base a aquello que le cuentes sobre ti y tus vivencias a la psiquiatra, fácilmente le puedes engañar y transmitir otro tipo de mensaje, como se ha dicho es el arte de interpretar tu imaginario.

c) No se puede valorar un tratamiento terapéutico por la cantidad en miligramos de psicofármacos, sino en la labor de aprendizaje de tu estado, de ti misma y de qué puedes hacer para salir a flote. La mejor terapia está con las compañeras y las amigas. Cuando se hace imposible el consenso con la psiquiatra debes tomar partido, encargarte de tu situación y buscar ayuda fuera del despacho.

d) Se conocen pocas psiquiatras heterodoxas contra el paradigma del Sistema de Salud Mental pero está en tus manos buscarlas, si quieres una recuperación acorde a una relación horizontal y libre de opresión.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por asegurarte el derecho de decidir sobre ti misma sin que otras personas ajenas a tu vida lo hagan por ti. Y estás construyendo cada día tu vida como tú deseas, o en función de como querrías que fuera.

7. ¿Te sientes extraña/alejada del diagnóstico?

En tal caso, has entendido que:

a) La psiquiatra te ha diagnosticado un trastorno por una premisa basada en síntomas. Estos síntomas son entendidos bajo subjetividades y sólo son temporales, reacciones que tienes en ciertos instantes; estallidos y crisis son fugas de experiencias vitales difíciles, de sufrimiento, que requieren más espacio, tiempo y comprensión para nosotras y las que nos rodean. Pero, tu vida pasa día tras día viviendo libremente, sin ni siquiera el tormento del recuerdo de cuando has sufrido, no está la sintomatología floreciendo cada minuto y segundo, vives de acuerdo al presente.

b) El diagnóstico y la etiqueta no te definen, no tienen ningún valor descriptivo sobre tu forma de ser, tu carácter, en definitiva, tu esencia. Tú no eres en base al diagnóstico, sino que éste es sólo una interpretación y no puede determinar tu pensamiento ni los actos de tu vida cotidiana. Cuando te das cuenta de que la etiqueta limita tu ser, te empoderas y empiezas a vivir la vida como una de las mayores pasiones, sin ningún peso encima tuyo y sin ningún margen.

c) En el momento que una persona recibe un diagnóstico psiquiátrico, todo lo que hace o dice se vuelve sospechoso; pasa a estar bajo observación, lo cual significa que ese diagnóstico, quizás inicialmente tentativo, se vuelve fácilmente una profecía auto-cumplida. No te consideran como alguien que tiene un problema de salud mental, sino que te conviertes en alguien que encarna ese "problema". A una persona que tiene cáncer no se le dice que "es cancerosa"; pero a ti sí. a ti te diran que *tienes* X diagnóstico y que además *lo eres* (bipolar, esquizofrénica, etc.).

d) Pero a ti el estar marcado por el Sistema de Salud Mental te produce indiferencia. Sabes que tú eres tus risas, tus deseos y tus aventuras. Te juntaron en grupos de gente de varias edades y con el pretexto de remarcar y justificar las clasificaciones diagnósticas, para convencerte de incapacidades y que acabases aceptando la "enfermedad" que te definiría crónicamente. Sin embargo, descubriste que lo que te unía a esa gente no era la etiqueta, sino estar subyugada al Sistema de Salud Mental, sufrir el control totalitario de tu salud y de tu vida y necesitar, como nunca antes, una alternativa a partir de la experiencia vivida.

e) Porque la etiqueta te limita a ser, es una brecha a la cual has sobrevivido, te has empoderado y vives la vida con las mayores pasiones sin ningún peso encima tuyo y sin ningún margen.

f) Nacemos y lo primero que hacen es etiquetarnos por género. Las relaciones humanas a partir de la clasificación y encuadramiento social no son nada nuevo. El diagnóstico aparece como una cruel realidad que intenta quitarte tu propia definición y encorsetarte. Marcarte de por vida. Ya nunca te podrás sacar de encima. Y aunque la etiqueta es poderosa no crees en ella.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por no reconocerte en el diagnóstico, y vivir tus pasiones sin interferencias ni limitaciones.

8. ¿Estando ingresada en el psiquiátrico has utilizado el lavabo para hacer el amor apasionadamente con otra psiquiatrizada?

En tal caso, has entendido que:

a) Tu encierro no condiciona tus deseos. Has conocido a una psiquiatrizada que te gusta exageradamente y se da el caso de que también le gustas. Habéis practicado ya caricias y besos, pero habéis tenido que hacerlo a escondidas de auxiliares y enfermeras, ya que si te pillan te castigan y te aíslan. Te aíslan porque el amor está prohibido en la normativa del Sistema de Salud Mental. Como si fuera malo para tu salud. Lo que pasa es que el amor escapa a su control, y en el psiquiátrico lo que quieren es controlar todas tus acciones. Y os habéis dado el gusto de ir directos al lavabo para hacer el amor apasionadamente aún sabiendo el riesgo de que os pudieran pillar las auxiliares de enfermería y la consecuencia del acto. Porque hay castigo a ello.

b) Tu forma de querer o amar a otra persona en un lugar de encierro se convierte en un oasis en el desierto. Un espacio entre los muros en que nace la alegría, el calor, la fraternidad. Una aventura pasional, de un goce sin más límite que el agotamiento de las posibilidades; un juego en que el placer te acaba de renacer y te recuerda que aún estás vivo. Os veréis obligadas a jugar al escondite. Recuperando uno de los juegos con los que más te has divertido en tu infancia. Y con ello vendrá el gozo y la risa incontrolada, será una fiesta, el lograr tus objetivos sin ser pillados, en este caso no por otra amiga, sino por la autoridad sanitaria.

c) No hay placer que no descubra su sentido en la lucha revolucionaria; y, de igual manera, la revolución no tiene otro objetivo mas que la libre realización de todos los placeres. Estas encerrada y aun así no acabaron con tus ganas de amar. El amor es inseparable de la realización individual, de la comunicación entre los individuos (de las posibilidades de los encuentros), de la participación auténtica y pasional en un proyecto común. Es inseparable de la lucha por destruir el paradigma del Sistema de Salud Mental.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por reivindicar el amor y las pasiones entre muros. Por juntarte con otras psiquiatrizadas y compartir placer mutuo. Te arriesgaste a pesar de las amenazas y los castigos. Las reglas y medidas disciplinarias no coartaron tu libertad de acción, aún sabiendo que las consecuencias pueden ser muy duras (pero no te olvides del preservativo!)

9. ¿Has sentido el impulso de estamparle el DSM-V en la cara a tu psiquiatra?

En tal caso, has entendido que:

a) El DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, de la American Psychiatric Association, que ya va por la quinta edición) es un manual hecho según la circunstancia cultural e histórica, y acorde de los poderes gubernamentales e internacionales establecidos en EEUU.

b) Está hecho a medida de las necesidades de la Industria Farmacéutica, exigiendo ésta la creación de nuevos trastornos y el mantenimiento de otros, con todo su arsenal de poder fáctico. Para promocionar más a la ligera fármacos e inventarse de nuevos. Establecer una "ciencia" psiquiátrica y las correspondencias entre trastornos y neurotóxicos es la base de su justificación.

c)Es una especie de Código Penal de las "enfermedades" mentales, de los delitos de las no-normales. En el DSM-II la homosexualidad era tratada como desviación sexual, estaba constituida como trastorno mental y diagnosticada. La homofóbia científica desapareció en el DSM-III, porque las homosexuales se organizaron y lucharon para que no continuara tal injusticia (una de las acciones consistía en en-

viar amenazas de muerte a las psiquiatras de la Asociación Americana de Psiquiatría). Actualmente la transexualidad, el ciclo menstrual y la depresión por pérdida de un cónyuge son tratados como patologías diagnosticadas. Haciendo lo único que saben: medicalizando actitudes y sufrimientos que en su mayor parte afectan a todos los seres humanos (o a muchos de ellos) y no tendrían por qué ser tratados.

d) ¿Qué es lo que les molesta? ¿Qué comportamientos quieren aniquilar? ¿Qué vidas quieren controlar? Entre las respuestas encontrarás los nuevos trastornos; sus nuevos y viejos objetivos, justificados a golpe de manual, desconocimiento y negocio. Ser rebelde está patologizado, ser anti-sistema también. Así se crean decenas de millones de pacientes mal identificados: los llamados "falsos positivos".

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, para rechazar la patologización de actitudes y condiciones extremadamente comunes y humanas, y denunciar a la Industria Farmacéutica como lobby supremo del DSM.

10. ¿Piensas que tomas una dosis demasiado elevada de psicofármacos para el trastorno que tienes, es decir que estás sobremedicada, y decides bajarte la medicación a escondidas y sin el consentimiento de tu psiquiatra?

En tal caso, has entendido que:

a) La sobre-medicación no se pauta en base a la prevención de una nueva crisis, sino en base a la comodidad de tu psiquiatra para mantenerte alienado. Sabes que tenerte adormecida, bloqueada, temblorosa y con la boca seca no es un tratamiento terapéutico, no sientes para nada que tu salud esté mejorando sino todo lo contrario.

b) Tú te conoces mejor que tu psiquiatra: sabes cuáles son tus límites, lo que sientes cuando sufres, y también conoces la vida encapsulada por la que te han llevado las pastillas, los encierros y los psiquiatras. Así que decides adueñarte de esos límites, decidir por tí misma y que la salvación esté sólo en tus manos. Es tu elección. Crees firmemente que la dosis para mantener ha de ser ajustada, y no sólo "pactada" bajo coerción; debe estar encaminada a tu bienestar en lugar de crearte más malestares vitales y sociales.

c) Los psicofármacos te anulan la vida cotidiana. Estos te han creado "fármaco-síntomas" que antes no sufrías, como temblores, ansiedad, dormir doce horas diarias, una bajada exagerada de la libido, sedación, una exagerada sensación de cansancio, diabetes y subida de peso debida a la ansiedad y el hambre producto de las pastillas, entre otras cosas. Por lo tanto, te están creando una nueva enfermedad, llamada "fármaco-enfermedad".

d) Ahora tienes dos dolencias. A los procesos de crisis se han sumado los síntomas de la fármaco-enfermedad. Cuando no se camufla la realidad de los efectos secundarios, a corto y largo plazo, de los psicofármacos, éstos se presentan como un "mal necesario" que no hay medios para combatir. La única vía para paliar sutilmente la enfermedad producida por los psicofármacos es bajar la dosis.

En realidad ya estás luchando, conscientemente o no, por ser el partícipe directo del balance de tu estado psicótico, el tomar más o menos medicación según como te encuentras para que la fármaco-enfermedad no sea elevada. Evitar la sobremedicación sin llegar a la supresión de la medicación que en parte alivia el sufrimiento psicótico.

Nota: Éste es un tema delicado, la bajada de la dosis farmacológica debe hacerse con conciencia e informarse bien sobre como realizarla. Una bajada drástica de ciertos psicofármacos puede generar cuadros de abstinencia muy nocivos para la persona. Entonces la bajada se ha de hacer progresiva y lentamente para evitar estos efectos.

11. ¿Alguna vez le has dicho a tu psiquiatra que te niegas a tomar una medicación porque sirve para otro trastorno mental del que tú tienes, por lo tanto que no te corresponde?

En tal caso, has entendido que:

a) Aunque te gusten mucho los animales y seas vegetariano... Tú sabes que no eres un conejillo de indias al que han sacado de un saco al azar. Probar nuevos fármacos, sumar ansiolíticos y cambiar tratamientos tiene unos efectos perjudiciales en tu cuerpo y en tu mente que no estas dispuesta a asumir.

b) Es de sentido común que si tienes Síndrome de Tourette y te ofrecen un estabilizador del ánimo no lo aceptes, y de aquí deduces que también debe ser de sentido común no hacerle caso a la psiquiatra. Ellas siguen adorando los medicamentos bloqueadores, pues parece que son una solución ideal para callarte. Tú quieres aprender a gestionar esos malos momentos, a convivir con ellos o a vivirlos sin que te hagan sucumbir. No te escucharan, pero lo que sí puedes hacer es no dejar que te convenzan.

c) Establecen que cada medicación sirve para un trastorno en concreto, pero el cerebro es un misterio y nunca se sabe al 100% el efecto que tendrán. Poner esto en duda y va-

cilar sobre ello se convierte en un atentado a la salud. Sabes que la psiquiatra está más segura si tomas dos pastillas en lugar de una. Tú dudas de que tu psiquiatra piense realmente en tu bienestar, y por eso rechazas el sistema de salud mental.

d) Afirmar que existe una medicación para cada trastorno resulta reduccionista. No se debería hablar de trastornos o "enfermedades" mentales sino de psicofármacos para actuar delante de síntomas. Ya sean fármacos sedantes o relajantes, fármacos que alteran el estado de ánimo y con los que juegan hasta encontrar el estado en el que quieren mantenerte. El problema es que quieren tratar todas las sintomatologías con fármacos, y es por este motivo que acaban recetando 4 o 5 fármacos por persona.

e) Haber padecido la psiquiatrización te ha llevado a informarte de la "ciencia" psiquiátrica, has buscado información de todos los psicofármacos y eres un *freaki* de la fármaco-enfermedad, por lo que la psiquiatra le va a tomar el pelo a su madre o a su padre (decir que sus padres no tienen nada de culpa).

*f) Tu salud es tuya y solo tuya, igual que tu cuerpo, tu mente, tu sufrimiento y tu decisión sobre como salir de ésta.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por conocer el terreno en el que te mueves antes de pasar al ataque, de aprehender tus capacidades y equilibrar la correlación de fuerzas sobre tu salud. Vas a mover ficha en el tablero para ganar la partida

12. ¿Alguna vez has sentido el deseo de prenderle fuego a la farmacia de tu barrio?

En tal caso, has entendido que:

a) La industria farmacéutica se beneficia con tu sufrimiento, y esto te repulsa. La fármaco-enfermedad es un eslabón más de tu sufrimiento cotidiano, impuesto por el Sistema de Salud Mental. Te han creado una dependencia a la droga farmacéutica que ellas han inventado, para que estés atada a ella y que aplaste tu libre desarrollo personal durante mucho tiempo o para el resto de tu vida (ahí está el chollo capitalista de las "enfermedades" crónicas). Pero, a la par, lo que más te enfurece es el poquísimo esfuerzo e inversión que se dedican a la terapia psicológica de cada psiquiatrizada que sufre, con apenas espacio para hablar, conocer, aprender a llevar tu vida por un cauce libre de sufrimiento y llevar a cabo un crecimiento personal que te ayude a enfrentarte a la "enfermedad".

b) La farmacia es la tienda comercial donde interviene la omnipotente Industria Farmacéutica, cuyas 10 compañías más grandes obtuvieron en 2011 un beneficio de 331.500 millones de dólares, con 64.634 millones de dólares gastados en Investigación y Desarrollo, para mejorar sus fármacos y crear otros nuevos.La industria farmacéutica supera a la armamentística en beneficios. Crean patentes de psicofármacos con un plazo de diez años hasta que se pueden fabricar genéricos, y no hacen otra cosa más que empobrecer la salud de la población con menos recursos, devorando las subvenciones de los estados. Este beneficio empresarial no tendría que contar con el respaldo social.

c) Los psicofármacos no son una mercancía cualquiera, sino un elemento necesario para mantener el control de las personas psiquiatrizadas. Por encima del beneficio de la

salud prioritario no tendría que estar el beneficio de la industria. Donde la sexta parte de inversión en I+D alimenta un sistema explotador, capitalista, saqueador y en guerra contra la salud de las individualidades afectadas. Cotiza en la Bolsa con acciones, entrando en el engranaje especulador financiero. Y no duda en promocionar enfermedades, como el TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) de muy dudosa existencia. Así como crear tratamientos «preventivos» de algo que aún no sucedió o medicalizar los problemas derivados del modo de vida actual, llamando la atención sobre condiciones o "enfermedades" frecuentemente inofensivas con objeto de incrementar la venta de medicamentos.

d) Los psicofármacos «curan» la sintomatología, te adormecen toda reacción, pero para nada curan la raíz del problema y sólo sirven para tenerte dormida. Se convierten en un parche a tu "enfermedad". Y la verdad es que les sale rentable, por lo que a la Industria Farmacéutica no le interesará nunca descubrir la cura de las "enfermedades"-mentales, sino promover la dependencia a los psicofármacos y la cronicidad, para seguir obteniendo beneficios millonarios.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por una sociedad en la que la medicación busque paliar el origen del sufrimiento, y que esa solución esté accesible a toda la población de manera libre y gratuita. Rechazando el negocio y su enorme beneficio de millones de euros.

13. ¿Has sentido el deseo de sabotear los cables de los electrodos del Electrochoque?

En tal caso, has entendido que:

a) Ya en el siglo XVI había tratamientos de inducción de convulsiones a las enfermas como práctica sanitaria. Desde finales del siglo XIX, y con el auge de este tipo de tratamientos, en 1930 el neurólogo Ugo Cerletti inventó el electroshock, inspirándose en una visita que hizo a un matadero en Roma. Allí presenció cómo las carniceras paralizaban a los cerdos con tenazas que en sus puntas tenían discos metálicos conectados a la corriente eléctrica, antes de cortar sus gargantas. Así comenzó a experimentar con el electroshock aplicado a humanos. Actualmente la Terapia ElectroConvulsiva (o TEC) se utiliza con el fin de despertar zonas del cerebro que están dormidas, o estimularlas si se considera que no hay suficientes conexiones entre ellas: así es como justifican semejante atrocidad.

b) Se podría establecer un paralelismo entre los tratamientos psiquiátricos y el proceso industrial de una fábrica, donde cada vez se mecanizan más los procesos y hay menos trabajo manual. En la utilización del Electroshock pasa lo mismo: a falta de personal de psicología, tratamiento personalizado y terapias naturales, te meten en el mundo de los electrodos para “solventar” algo que deberían hacer estos profesionales.

c) No está comprobado científicamente el hecho de que pueda darse una recuperación en base al electroshock. Es más bien con el paso del tiempo, la voluntad y el apoyo que sales del pozo, a pesar de las descargas. Las resoluciones científicas sobre los resultados de la Terapia Electroconvulsiva tienen muy poca fiabilidad, pero se sigue aplicando igualmente por

experimentación psiquiátrica, a pesar de que a tí te vaya la vida en ello.

d) La Terapia Electroconvulsiva tiene efectos secundarios bastante dañinos para la salud, por lo que podría decirse que el remedio es peor que la enfermedad. Te produce una gran pérdida de memoria en forma de daño cerebral, que justifican diciendo que lo que se busca es el borrado de la angustia y el dolor, aunque lo cierto es que una vez hecho el daño no se sabe a qué parte de la memoria afectará (y aunque ésto fuera así, seguirían sin atenderse las causas o origen de esa angustia y ese dolor). Es lo que llaman la amnesia retrógrada (la memoria antes del TEC) y la amnesia anterograda (la memoria después del TEC): puedes no acordarte de lo que hiciste durante los últimos 3 meses. Otros daños son la pérdida de capacidades cognitivas, como la atención y la concentración. Harold Sackeim, doctor en Psiquiatría de la Universidad de Columbia que anteriormente apoyaba el uso del TEC, publicó un estudio demostrando que después de 6 meses de finalizar el tratamiento, las pacientes seguían sufriendo problemas de aprendizaje y de memoria, lentitud para hacer procesos mentales simples o tareas cotidianas, entre otros efectos.

e) En 1977 el estado canadiense indemnizó a las enfermas de depresión que habían sido sometidas al TEC, las cuales habían sido utilizadas como conejillos de indias de la Doctrina del Shock en la Universidad McGill, donde el doctor Cameron llevaba adelante experimentos financiados por la CIA. La corriente eléctrica fue utilizada sistemáticamente en las dictaduras latinoamericanas de los ‘50 a los ‘70. En muchos estados (o países) está prohibido el TEC, y este dato no responde a un mero azar. De aquí a 50 años, quizás aquí (en el estado español) estará prohibido el TEC porque se habrá comprobado que la experimentación con electrodos no solucionó nada.

f) En el estado español se han dado casos de amenazas y coacción por parte de las psiquiatras para aceptar el TEC. Te amenazan con ingresos-encierros en sub-agudos (lo que supone estar prisionera de tres meses a dos años más) si te niegas a que te apliquen el TEC. Debemos contraatacar estas amenazas con Voluntades Anticipadas, solidaridad, denuncias públicas y legales individuales y colectivas. ¡Que no nos tengan calladas y sumisas! ¡Llevad a juicio a las psiquiatras con abogados de derechos humanos!

g) "Si te meten una paliza, con puñetazos y patadas en la cara, se te quitará la depresión, porque te centrarás en el dolor físico y no apartarás la mirada de los moratones de tu cuerpo": un argumento parecido es el que sostiene la utilización del TEC. El Dr. Peter Breggin, por ejemplo, fundador del Centro Internacional para el estudio de la Psiquiatría y la Psicología, sostiene que la TEC daña el cerebro de manera irreparable y produce una pérdida de memoria generando un desconcierto que puede confundirse con una mejora. Te borran la memoria para dejarte sin pensamiento interno, ya que confundida no te quejas tanto. Este daño es de por vida, y mienten cuando dicen que la memoria se recupera a lo largo de los años.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por un mundo más humanitario, donde se priorice el buen hacer de terapias naturales y psicológicas en pro de la adecuada recuperación de las crisis por trastornos mentales; donde haya libre disposición de psicólogas para tratar las crisis, tantas sesiones como hagan falta; donde la experimentación con secuelas irreversibles no sea una opción.

14. ¿No estás convencida de que una neurocirugía vaya a resolver los síntomas de tu "enfermedad", por muy complicados que sean?

En tal caso, has entendido que:

a) La neurocirugía tiene una historia de pánico. Empezó con prácticas como la llamada "lobotomía", que consistía en destruir las vías nerviosas en una parte del lóbulo cerebral pre-frontal a personas que sufrían de psicosis, depresión o el trastorno obsesivo-compulsivo. El resultado era que se acababa con los síntomas, pero a cambio de convertir a los pacientes en personas incapaces de valerse por si mismas, sumidos en un estado comparable al de las últimas fases del Alzheimer. Por si esto fuera poco, y como toda historia de terror tiene su ironía, el médico que popularizó esta práctica se llamaba Walter Freeman. Desde 1936 hasta la década de 1950 viajó a lo largo y ancho de los Estados Unidos con su furgoneta, a la que llamaba Lobotomobile, haciendo lobotomías para solucionar los trastornos mentales. La última lobotomía legal se practicó en 1967.

b) Si la psiquiatra te propone una intervención neuroquirúrgica (que ya no se trata de lobotomía, pero los objetivos son similares) hace falta que lo tengas muy claro, que estés bien informada de en qué consiste y cuáles son sus efectos posteriores. A lo mejor estás un poco sorprendida ante la propuesta y te lo piensas en serio, pues te lo presentan como una magnífica solución para tu problema; pero el consejo sabio es decir directamente NO, porque los médicos minimizan los riesgos que conlleva esta operación. Al fin y al cabo tocan partes del cerebro que realmente ni ellas conocen. La psiquiatra te está engañando otra vez, bajo el discurso del cientificismo, para aplicarte otro instrumento de subyugación del Sistema de Salud Mental.

c) La neurocirugía es muy contradictoria y algunas intervenciones se utilizan en trastornos inventados, como por ejemplo los del DSM. Uno de estos magníficos inventos es lo que llaman Estimulación Cerebral Profunda, que consiste en introducirte una batería cargada eléctricamente en la parte del pecho (por debajo de la piel), conectada a unos electrodos que llegan hasta el cerebro; en el momento en que estos electrodos detecten un impulso o reacción recibirás una serie de pequeñas descargas eléctricas programadas con un mando exterior, con el objetivo de reprimir estas reacciones. Son un tipo de electro-shocks continuos dentro del cerebro, en contacto directo con él y que deterioran constantemente conexiones neuronales. Los efectos secundarios pueden ser pérdida de memoria, meningitis crónica o parálisis en las extremidades, hasta llegar al punto de que ya no seas capaz de mover una mano o coger un bolígrafo. Puedes morir. Y todo esto no pasa muy lejos de aquí: se practica en el Hospital Clínic, el Hospital de Sant Pau y el Hospital Bellvitge, así como en las clínicas privadas Ruber, Dexeus-Quiron o Corachan (Por hablar solo de la provincia de Barcelona).

d) En caso de que te pillasen en un momento de desesperación extrema y, en esas circunstancias, accedieses a probarlo, convencido de que quieres asumir la intervención a pesar de los riesgos; entonces, puede que al principio estés contenta, pero al cabo de un tiempo (cuando, después de la intervención, veas que el sufrimiento no se ha acabado y que los efectos secundarios son crónicos) te sentirás engañada. Sin poder recordar a tus conocidas, ni coger la cuchara para comer una simple sopa, ni escribir en un papel. Entonces comprenderás que intervención quirúrgica no era la solución; que te plantearon la cirugía en un mal momento personal, y que cuando te das cuenta que las descargas te han inhabilitado es demasiado tarde. Y ya no hay vuelta atrás. Te preguntas sobre su efectividad y descubres que no te llevó

a ningún sitio, solamente te han hecho una chapuza, pero bien grave.

e) Si ante los efectos adversos, riesgos posteriores y tus quejas replantean tu caso y te proponen retirar lo que te han metido dentro, NUNCA LO ACEPTES. Otra intervención es otro riesgo y, de nuevo, peligro de muerte. Infórmate bien sobre las consecuencias de que te abran la cabeza por cualquier parte, ya sea para retirar la batería o para cambiarla por otra cargada de electricidad. Ya es demasiado tarde para que tu mente sea plenamente libre, las intervenciones atroces han hecho mella en tu cerebro limitando que continúe con libertad.

En realidad ya estás luchando, conscientemente o no, en contra de que te destruyan una parte del cuerpo tan delicada y desconocida como es el cerebro. Luchas por tener una mente absolutamente libre y denunciar este tipo de operaciones solamente experimentales, con múltiples consecuencias negativas y graves riesgos para tu salud. En definitiva: que no tienen ninguna razón de ser.

Nota: Este punto del cuestionario lo ha escrito una persona con Síndrome de Tourette, la cual está harta porque repetidas veces le han propuesto una neurocirugía.

15. ¿Le plantas cara al Tratamiento Ambulatorio Involuntario?

En tal caso, has entendido que:

a) El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) es una forma de tratamiento obligatorio de carácter extra-hospitalario aplicado en la comunidad. Con un tratamiento

obligatorio se pretende imponer una cumplimentación terapéutica más allá del consentimiento de la propia persona. Se aplica en casos de “enfermedad” mental grave, especialmente en aquellos pacientes sin conciencia de enfermedad o en los que el abandono del tratamiento puede suponer un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas auto (a una misma) o heteroagresivas (a otras), hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes. También se le denomina tratamiento ambulatorio forzado o judicializado.

b) El TAI consiste en que, por medio de un juez y un juicio, y por petición de tu psiquiatra, se te aplica un tratamiento para el que tú no has dado tu consentimiento, y para el que en ningún caso se han propuesto opciones alternativas de tratamiento. En la práctica, ésto se traduce en que un policía te va a buscar a casa para llevarte al ambulatorio psiquiátrico a que te mediquen sin tu consentimiento; que estás obligada a realizarte frecuentes análisis de sangre y orina para medir el nivel de medicación que tienes en el organismo, y comprobar que se ajusta a lo que al psiquiatra le interesa.

c) El TAI es la necesidad de tratar judicial y policialmente al trastorno mental por parte de las autoridades del Sistema de Salud Mental. No puede sino traer de la mano más dolor y represión, coaccionando la libertad y dignidad humanas.

d) El calificativo “involuntario” es un eufemismo, que debería sustituirse por “forzoso”, en tanto que se utilizan varias medidas intimidatorias para aplicarlo. Lo forzado es necesariamente violento, y la violencia (aunque se disfrace) no tiene nada de terapéutica. La intervención sobre tu salud pasa a un nivel en el que tu derecho a decidir sobre ella se relega a un limbo inexistente. No existes como persona, se impone un criterio externo para subyugar al “paciente”, sin voz ni voto.

e) Los TAI son utilizados como auténtica medida de contención, con la finalidad última de anular las capacidades de los sujetos encerrados.

f) Con ellos la trastornada mental cambia de estatus para ser tratada directamente como una delincuente perturbadora de la paz social. Ya no es tu salud, sino el *status-quo* el que necesita que estés encerrada, en el sitio concreto y con la actividad deseada.

g) El TAI, se lleve a cabo o no, tiene una función esencial: la de la amenaza. No hay que perder de vista el hecho de que no hablan en ningún momento de terapia, sino de hacer del consumo de psicofármacos una ley. La amenaza está latente por el solo hecho de la existencia del TAI.

h) Cuando una persona diagnosticada es inhabilitada para poder decidir sobre su propio tratamiento, se manifiesta a las claras que la intención última de la judicialización de la salud mental es el control y no la recuperación.

i) El TAI únicamente responde a una deficiencia y escasez total de recursos asistenciales.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por la autonomía, la libertad y el pleno ejercicio de tus derechos como persona. La participación en la toma de decisiones para la evolución del tratamiento y posterior proceso rehabilitador son cuestión de derechos humanos, y nadie puede tener el poder de violarlas y saquearlas a su antojo. Son nuestras mentes y nuestras vidas

16. ¿Desprecias a quien te trata diferente por tener un diagnóstico psiquiátrico?

En tal caso, has entendido que:

a) No te produce ningún tipo de complejo el estigma social. En su origen, el estigma era una marca a hierro candente como signo de esclavitud o infamia. Ahora el estigma social funciona en base a la categorización y la señalización de individuos o grupos sociales como inferiores, inaceptables y merecedores de menosprecio de las aceptables y correctas. Hasta tal punto se expande el estigma invisible que te imprimen que puede llegar a desarrollarse una autoestigmatización, que te haga dudar de ti y castigarte a ti misma de varias maneras. Pero superas la autestigmatización al ver que el marcaje no cambia tu esencia; cuando descubres que forma parte de un sistema de represión y encasillamiento; cuando decides seguir siendo tú, a las buenas y a las malas, opinen lo que opinen.

b) Ser "diferente" no es un problema, el problema es ser tratada diferente. La exclusión social te produce rabia, y te ves obligada a declararlo a tu entorno para que no vuelva a ocurrir: no vas a rendirte y mucho menos a creer que mereces el ostracismo, devaluación o rechazo, por mucho estrés y dolor que puedan causar sus ataques. Porque son ellas las que necesitan despreciar a las demás para mejorar su autoestima y mejorar su bienestar. Tú no necesitas pisar a nadie para sentirte tú misma, y en su desprecio sólo ves el reflejo de su miseria, mezquindad, y desgracia personal y social.

c)¿ A dónde se van los insultos, vejaciones, maltratos, denigraciones, mofas, escarnios...? No podemos negar que eso pasa factura, y que la baja autoestima es provocada por terceros. La discriminación negativa es la peor discriminación, tratándote como una ser inferior en todas sus manifestacio-

nes. Cuando estás diagnosticada con un trastorno mental, está normalizado tener que soportar todo tipo de maltrato, en el sistema de salud mental y en todas las relaciones sociales que vives. La vida se hace muy difícil, por lo que está en ti en sacar los dientes y atacar a quien te intente joder.

d) Tu capacidad de valorarte y sobreponerte, de ser locamente sana o eufóricamente sana, se ve dañada continuamente por el entorno social. No puedes salirte de la norma, porque a la mínima te dicen que estás en una nueva crisis. Es importante reivindicar que somos personas, y que como tales tenemos nuestras locuras y euforias sanas: que no se nos tache de trastorno mental cuando no lo es. A partir de ti misma y tus grupos de apoyo puedes generar espacios de libertad y respeto, donde puedas ser tú misma, desde los cuales reflexionar y denunciar todas las clases de estigmatización, deshumanización, aversión, estereotipación y despersonalización que se generan sobre las estigmatizadas.

e) La discriminación positiva está bien aceptada en cierta manera (vemos positivo que haya "trabajo protegido" para personas que sufren de algún trastorno mental, o ayudas económicas como pueden ser las pensiones o favores: tarifa reducida, espacios reservados en el transporte público), pero no queremos que nos traten como "pobrecitas" ni que tengan "misericordia" hacia nosotras, esto no nos ayuda para nada. No queremos paternalismo laboral o social, sino empoderamiento personal.

En realidad ya estás luchando, conscientemente o no, por superar el estigma social, por un trato igualitario, que no haya lugar para "tener en cuenta", esta barrera ha de ser superada por ti y por tus iguales. Ya estás luchando para que la "diferencia" sea vivida como una riqueza. Porque no hay sociedad más pobre que la homogénea.

17. ¿Te produce ira que el Sistema de Salud Mental destine pocos recursos a una terapia psicológica?

En tal caso, has entendido que:

a) A efectos prácticos, en el estado español no hay ni ha habido jamás recursos públicos suficientes para atender de forma «comunitaria» el problema de la salud mental. Cuando te recetan medicamentos, el tratamiento no suele ir acompañado de ningún tipo de psicoterapia (es decir, tratamiento al margen de la simple medicación), y en definitiva no hay ningún tipo de orientación en los tratamientos que trabaje en aras de la autonomía de el paciente. Nuestra tesis al respecto es tan sencilla como el puro sentido común: frente a un dolor psíquico, lo esencial es fomentar la autonomía del sujeto. En otras palabras, si entendemos el trastorno mental como una merma de la autonomía individual, todo aquello que ayude a fomentar esa autonomía actuará contra el trastorno.

b) Cuando menos, resulta sospechoso que esta opción sea siempre la más rentable económicamente, ya que todo el mundo sabe que es infinitamente más barato dispensar píldoras que afrontar problemas. De esta manera queda arrojada al basurero de la historia toda una enorme variedad de teorías y estrategias terapéuticas que ponen el énfasis en la persona misma y en sus vivencias, y que por definición necesitan más recursos y tiempo para trabajar que la inmediatez de una droga.

c) Nos encontramos con que se dispone de 5 psicólogas y 6 psiquiatras por cada cien mil habitantes, cifra que se encuentra bastante por debajo de la media europea (18 psicólogas y 11 psiquiatras por cada cien mil habitantes, y lejos de los 70 psicólogos de Suecia o Finlandia), donde la

proporción se invierte y el número de psicólogas supera al de psiquiatras.

d) La psicoterapia a través de una profesional psicóloga es más importante que la visita con tu psiquiatra. La psicóloga te dará la mano para caminar y salir del infierno en el que te encuentras, mientras que la medicación sólo te quitará los síntomas pero quedará el trauma y la vivencia producida por el infierno. La faena de la psicóloga es ayudarte a salir del infierno con conversación, recursos y ayudas.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, para que haya una importante inversión en recursos humanos para sacarte del infierno donde te has encontrado en un momento de crisis; que se llenen los psiquiátricos y los ambulatorios de psicólogas; que sean visitas periódicas semanales sin esperas de listas, y que puedan solventar todo el sufrimiento que existe.

18. ¿Cuando te hablan o te aplican la psicología “cognitivo”-conductual la has rechazado, o has intentado huir o defenderte de ella?

En tal caso, has entendido que:

a) Van a ser muchas las veces que te puedas sentir en un estado de ansiedad, euforia, depresión, tristeza o lloro, angustia, cabreo, de agresividad o de ataque, sola o en rebeldía contra la autoridad cotidiana. Aunque tengas tus motivos concretos o aunque en ese momento no entiendas por qué estás así, te van a juzgar en función de tus reacciones y las van a reprimir para modificar tu estado personal. Estas recaídas (o actitudes) se identificarán como comportamientos mal vistos por la sociedad, y con técnicas muy agresivas y dañinas te someterán a una personalidad inventada, adecuada,

correcta socialmente, contenida, programada... Obediente a los parámetros autoritarios y estigmatizantes. Modifican, premian o reprimen tu "conducta" con métodos experimentales "estímulo-respuesta" como si fueras una máquina rota o un instrumento en lugar de un ser humano. Este método se llama conductismo: fue inventado Pavlov e introducido por Skiner.

Ivan Petróvich Pavlov inventó el condicionamiento clásico como modelo estímulo-respuesta o aprendizaje por asociaciones (E-R). Para probarlo experimentó torturando a perros y controlando sus necesidades de comer, por lo cual le otorgaron un Premio Nobel en 1904. Burrhus Frederic Skiner defendió de nuevo el conductivismo en un trabajo de psicología experimental donde torturó a ocho palomas hambrientas encerrándolas en una caja. Se rumorea que repitió el experimento con su hija Deborah, lo que la llevó a la enfermedad mental permanente y un resentimiento amargo hacia su padre. El ejercicio se presentó a la academia, y su propuesta del uso extendido de técnicas psicológicas para la modificación de la conducta se ha extendido hasta hoy en día.

b) Alguna vez alguna psicóloga te aplicó una técnica cognitivo-conductual o tus padres te llevaron a una psicóloga conductivista para corregir comportamientos, y no consiguieron otra cosa más que traumatizarte. Fuera cual fuera tu supuesto trastorno, por cualquier etiqueta como déficit de atención, hiperactividad, síndrome de Tourette… sacados del manual de psiquiatría DSM-V. Manipulan a las personas para que adopten hábitos de "buena" conducta, asimilable por el *status quo*, lo que marca cómo tiene que ser la vida cotidiana y la convivencia dentro de sus parámetros de normalidad. Si adoptas momentánea o permanentemente esta conducta políticamente correcta te premian con regalos, y si aún no te han lavado bastante el cerebro te castigan hasta conseguirlo. ¡Cuidado! La técnica psicológica ha estado

extensamente desarrollada y perfeccionada para que inconscientemente adoptes bajo este engaño la moral consumista felizmente, sin tener capacidad de expresar unos hábitos y conductas propios. Tus maneras de ser y actuar serán sustituidas por una adaptación a un entorno falso y la adopción de conductas externas.

c) El ensayo de una tortura cognitivo-conductual es inapelable. Puedes sentirte aún más aungustiada y querer escaparte porque no sientes que te traten con dignidad. Siendo menor o en edad adulta bajo coacciones, te lo impiden totalitariamente metiéndote técnicas torturadoras de acción-reacción, insistiendo aun más si cabe, aumentando más aún la presión sobre ti. Nunca te quedas indiferente, ya que atentan contra tu dignidad y tus principios. Obviamente esta "terapia" no es cognitiva, sólo es conductual, y no vas a lograr ninguna mejora respecto a tu malestar originario. La Clínica Dexeus de Barcelona sigue hoy en día aplicando terapias conductuales para "curar" la homosexualidad. Aunque el DSM no incluya la diversidad sexual como enfermedad, en el negocio de la salud y la moral religiosa hay espacio para seguir reprimiendo el deseo sexual y a cualquier colectivo social que exprese su diferencia respecto al canon.

d) Puedes pensar que dialogando podrás explicar cómo te sientes y reclamar esa dignidad perdida. A lo mejor conseguiste explicarte, reclamar un espacio donde seas parte representante de su salud y tu persona, y te expones serenamente a una psiquiatra o una psicóloga: éste justificará las heridas internas que te dejaron con (los) estudios pseudo-científicos del cerebro, y te dirá que estas técnicas son agresivas, pero nunca invasivas. Quizás hayan logrado convencer a otros, pero a ti no te engañan: se trata exclusivamente de una tortura, y el dolor que conlleva perdura indefinidamente, durante semanas, meses e incluso años o la vida entera, sin que seas realmente consciente de todos los recovecos del trauma causado. Y si este trauma no se so-

luciona canalizándolo de otras maneras se concentrará más aún, manifestándose en forma de angustia e incomprensión. Las personas que sufrieron los "tratamientos de salud" en la Clínica Dexeus no se han recuperado aún y siguen sufriendo las secuelas de las terapias conductivistas que les aplicaron "por su propio bien".

e) Y ante estas técnicas sigues buscando una psicoterapia que no mutile tu esencia propia, como persona única que eres; que no cambie tus hábitos a través de técnicas de premio-castigo; sino que busque la raíz de los problemas y conflictos internos, que te ayude a comprenderte y a superar tus problema. Que seas únicamente tú quien decida si quieres cambiar, desde tu propia perspectiva, con tus propios ojos, y mejorar en base a eso.

En realidad ya estás luchando, conscientemente o no, en contra de unos métodos psicológicos retrógrados que no ayudan en nada, y apuestas por una psicología respetuosa. Que te traten con dignidad y respeto, que hablen contigo y te ayuden a encontrar el motivo de un problema o de la sensación que te surge cuando no te encuentras bien, sin motivo aparente ni argumento que lo justifique. Luchando por recibir un acompañamiento psicodinámico en los momentos en que peor te encuentras, que te ayude a analizar detalladamente la raíz del problema para después abordarlo y superar este estado de angustia, ansiedad, etc.

Nota: Este punto del cuestionario es una afirmación demasiado general, la técnica psicológica cognitivo-conductual es una corriente con mil técnicas distintas. Además, lo nocivo no son las técnicas en concreto, sino la manera como se aplican y la intención o ignorancia de quien las aplique. Este punto ha sido escrito por una persona que desde los 6 años de edad sufrió en carne propia una terapia cognitivo-conductual y expuesto a partir de esta experiencia y el rechazo que produce; añadiendo información puntual sobre los primeros conductivistas y sobre prácticas abusivas de una clínica de Barcelona.

19. ¿Has descubierto el poder curativo de la amistad y del compañerismo a raíz de tu ingreso en el psiquiátrico?

En tal caso, has entendido que:

a) La restricción o prohibición de visitas de amigas en un encierro-ingreso no es fruto de la casualidad, sino que está encaminado a reforzar el poder de la institución psiquiátrica por encima de cualquier conducta humana.

b) Cuando pasas un mal momento, todo el mundo te apoya (las más allegadas y no tan allegadas) de alguna manera u otra, dentro de sus posibilidades y su grado de relación afectiva contigo. Es gracias a ellas y no a la psiquiatra que te recuperas; a pesar del encierro y no gracias a él. Nunca una pastilla te creará unas risas y carcajadas. Nunca te traerá un recuerdo reconfortante. No te acompañará para que no te sientas tan sola. La amistad y la vida social son pilares fundamentales de la existencia, para tener la satisfacción en el día a día. Las que antes de juzgar te preguntan que tal estás, las que rabian también por dentro al verte encerrada entre los muros de los psiquiátricos a base de pastillas y protocolos, esas son las personas que pueden acompañarte en tu recuperación.

c) La amistad tiene un poder subversivo, cuando la vives te transporta al mundo de los sueños, donde no hay lugar al egoísmo de la sociedad capitalista, que tanta mella ha hecho en las comunidades humanas. Las amigas te sacan la mente fuera, te refuerzan el ánimo, se solidarizan contigo y extienden el acompañamiento más allá de los reducidos horarios de patio y visita. En las visitas tus amigas echan tu imaginación a volar fuera de los muros, y es entonces cuando tienes la capacidad de sentir que eres más libre que tu psiquiatra.

d) Quienes realmente te cuidan son tus amigas, porque para ellas eres su mundo, igual que tu mundo son ellas. La reclusión se diluye en esos momentos, y el aislamiento queda hecho trizas. No estás sola.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por destruir el capitalismo y su sistema psiquiátrico. Las relaciones entre iguales y el apoyo mutuo son incompatibles con su funcionamiento, y la colectivización del cuidado y la empatía, una bomba a sus pretensiones de establecer excusas para practicar la indiferencia ante el sufrimiento.

20. ¿Has acogido la ideología de la antipsiquiatría como brazo armado de tu vida, desde tu posición de oprimida del Sistema de Salud Mental?

En tal caso, has entendido que:

a) Comienzas a discernir qué te ocurre y qué ocurre a tu alrededor. Vas a tomar medidas de autodefensa. Es decir: optas por la vida. A poco que empieces a leer descubrirás que la psiquiatría no ha sido, ni es, ni podrá ser nunca una ciencia (aunque los psiquiatras se invistan con ese traje); que (casi) todos los "psi" son vasallos de las farmacéuticas; que TEC y contención son eufemismos de tortura; que el diagnóstico performa tu conducta y la de los que te rodean, sepultándote bajo tu etiqueta; y que el papel de la psiquiatría no puede entenderse sino como el de la policía de la mente: persiguiendo a disidentes y náufragos de la racionalidad capitalista.

b) De todas las especialidades de la medicina, la psiquiatría es la única que tiene dos siglos de movimiento crítico estable. El concepto "Antipsiquiatría" fue acuñado originalmente por David Cooper en 1960, aunque voces de oposición a la psiquiatría han existido desde sus orígenes. Incluían

controversias sobre los derechos de las llamadas locas en los psiquiátricos, como Philippe Pinel en Francia y Vicenzo Chiarugi en Italia. Éstos establecieron en el s.XIX lo que seria el «tratamiento moral», y que seguirían desarrollando William Tuke en Inglaterra, y John Connolly y Dorothea Dix en EEUU. En el siglo XX se introdujo la mayoría de prácticas abusivas y opresoras actuales: electroshok, insulina, lobotomía, nuevas drogas, etc. Estas aplicaciones, su ampliación y efectos adversos implicó también una fuerte oposición. Más recientemente, Michel Focault y Erving Goffman entre otros han criticado el poder y el rol de la psiquiatría en la estigmatización social, estableciendo el término «institución total» para hablar de una organización institucional totalitaria.

c) La crítica anti-psiquiátrica se centra en cuestionar los diagnósticos y las evaluaciones de las médicas y psiquiatras. Dentro de la anti-psiquiatría hay muchos enfoques, que van desde la crítica a la medicina oficial hasta el abierto y completo rechazo del modelo de la psiquiatría convencional, tanto en lo teórico como en la práctica. Y es que las etiquetas van más allá de un comportamiento determinado, y marcan a la persona en su conjunto. Laing, por ejemplo, ya resaltó que su principal interés era intervenir con la persona diagnosticada, con las causas del estado mental; Thomas Szasz escribió sobre el «mito de la enfermedad mental», proponiendo un tipo de intervención que ayudase a la persona a hacer una autoexploración de sus conductas y su situación existencial para conseguir un equilibrio físico y mental. Desde el primer momento, la anti-psiquiatría optaba por el cambio radical de la Institución Psiquiátrica, transformándola en una Comunidad Terapéutica que se limitase a cuidar el acompañamiento del delirio, sin ninguna opresión. El movimiento anti-psiquiátrico desafía abiertamente las teorías y prácticas de la psiquiatría convencional, y nace también asociado al movimiento de la contracultura de los años sesenta. La obra base de David Cooper en 1967, *psiquiatría y anti-psiquiatría*,

plantea la psiquiatría como instrumento del capitalismo para reprimir a quienes no sucumben al conformismo burgués. La anti-psiquiatría critica radicalmente el concepto de "enfermedad mental", y si pretende una sanación (en el sentido de una liberación de los síntomas y manifestaciones que bajo este concepto describe la psiquiátrica) para ello propone un modelo de terapia alternativo y radical, de carácter psicosocial.

d) La anti-psiquiatría es en realidad una corriente ideológica, un movimiento contra-cultural de influencia marxista que nació en los años 60's, acompañado de una emergencia de movimientos sociales antiautoritarios como podía ser el Ecologismo, el Feminismo, el Antimilitarismo y la Libertad sexual. Sirve para hablar de enfoques y doctrinas político-sociales en el área de la salud mental. Este movimiento opuesto a la institución psiquiátrica experimentó con comunidades de apoyo, con tratamientos basados en el respeto a los derechos y atención a personas. Sus principales exponentes fueron Franco Basaglia y Giorgio Antonucci. Este último se orientó a liberar las personas que los psiquiátricos habían privado de su libertad. La llamada comunidad terapéutica es un hospital psiquiátrico donde hay libertad de movimiento y hay actividades de empoderamiento personal psicológico frente a la "enfermedad". Y sobre todo, que el trato de las auxiliares de enfermería, enfermeras y psiquiatras sea natural y respetuoso y que no traten a las "pacientes" como mercancía. En definitiva: que haya un acompañamiento sano.

e) Tampoco hay que olvidar que el movimiento antipsiquiátrico lo formamos también aquellas que fuimos dañadas por la psiquiatría y que podríamos ser ayudadas por otro tipo de enfoques. Nosotras somos les primeras en denunciar muchas prácticas de maltrato: la patologización de la homosexualidad, lucha por los derechos humanos, denuncia del nexo psiquiatría-farmacéuticas o el mal uso de DSM, crea-

ción de grupos de apoyo autónomos, etc. Creemos más que nadie en nosotras mismas para buscar curaciones y empoderamiento, para combatir el estigma y la discriminación, para ayudar a compañeras e involucrarnos en su atención. La anti-psiquiatría de los años 70-80's propuso los Hospitales de Día y los Centros de Día para acabar con el encierro-ingreso y combatir la cronicidad, promocionando la salida de la institución psiquiátrica. Sin embargo, estas prácticas y demandas fueron absorbidas, domesticadas, por el Sistema de Salud Mental biologicista: una red que teje todo tu historial médico y los diferentes especialistas que te visitan (desde el médico de cabecera hasta el psicólogo público, los psiquiatras del encierro, enfermeras y psiquiatra común). Y aunque es positivo que una reforma anti-psiquiátrica haya sido puesta en marcha, exige tantas transformaciones que hasta que no cambie radicalmente el sistema de salud mental no podrá ser puesta en práctica más que de manera parcial y aparente.

f) La Anti-psiquiatría a fin de cuentas es una psiquiatría sin opresión hacia el individuo ni a la comunidad. Un ejemplo actual de anti-psiquiatría sería el de Laponia Occidental, Noruega.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por una sociedad libre en donde no existan ni opresores ni oprimidas, en pro de Comunidades Terapéuticas que se rijan por la buena ética de los profesionales "psi" (psicólogas y psiquiatras) y cuyo objetivo sea que la afectada salga del ámbito psiquiátrico.

21. ¿Sientes la necesidad de hacer deporte y no tomar tóxicos en exceso?

En tal caso, has entendido que:

a) La medicación te deja sin estímulos, adormecido, apático y sin fuerzas. Una buena manera de sobreponerte a tal adversidad es la actividad física. El deporte te saca de ese adormecimiento, te mantiene en forma y segrega hormonas responsables del bienestar y la felicidad que nos empuja a volver al movimiento. Puede ayudar a alejarnos del estrés y la ansiedad.

b) El deporte es una buena excusa para juntarte con amigas, compartir y hasta jugar con el pique de ver quién llega más lejos, quién tiene más resistencia o potencia. Puede ser un frente más de la vida cotidiana enfocado a la autosuperación personal, marcarte objetivos y conseguirlos gradualmente. Es positivo crear un espacio, personal y colectivo, donde se mezclen deporte y diversión, donde se combine el deporte con un juego, como podría ser jugar a fútbol, voleibol o hacer surf. Podría ser una actividad en nuestra planificación semanal.

c) Una opuesto a hacer deporte son los tóxicos. Éstos son perjudiciales para una persona que sufre de algún trastorno mental. No son muy recomendables, ya que pueden llevarnos a una nueva crisis. Si estás diagnosticada de esquizofrenia deberías considerar como veneno al hachís, la marihuana, las setas alucinógenas, el tripi, el san pedrito, el peyote y la ayahuasca. Estas substancias producen a cualquier tipo de persona, aunque sea de forma momentánea y limitada en las horas de efecto, alucinaciones y delirios que es la única sintomatología de la esquizofrenia. Se dice que la marihuana no produce alucinaciones y delirios pero, aunque está dentro de las substancias psicóticas más suaves, tiene sus efectos psicodélicos. Por lo que tendrías que considerar estas substancias como prohibidas. Del mismo modo, para una persona diagnosticada con trastorno bipolar no seria recomendable probar el MDMA, ya que te crea un estado de euforia similar a la euforia maniática. Es decir, sufras el trastorno mental

que sufras, debes posicionarte sobre lo que puedes probar y aquello que sería mejor ni tocarlo por los posibles efectos adversos y multiplicadores. La idea es decidir sobre tu cuerpo, conocerte a ti misma y cuidarte.

d) El alcohol también es una substancia cuyo consumo te tendrás que cuestionar y valorar. La medicación farmacológica que tomamos es acumulativa, es decir, que se mantiene en la sangre y las hormonas cerebrales durante un largo tiempo aunque no la hayas consumido en 4 días seguidos. Por lo que si un día te diera por tomar una cerveza has de saber que esta te bajará el efecto de la medicación en ese mismo día, pero como ya se ha dicho, es acumulativa. Lo importante de ello es aprender sobre tu sufrimiento y conocer tus límites, asumiendo las posibles contraindicaciones de probar el veneno.

e) Conociendo el terreno de tu campo de batalla, de lo que se trata es de tener una buena calidad de vida, con filosofía. Procurarte tus momentos saludables para fortalecer tu cuerpo y tu mente, cuidando tu alimentación con lo que te nutre, mantener el movimiento contra el inmovilismo farmacológico, asumiendo las substancias que soportas.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por tener la máxima calidad de vida, aun con las limitaciones y adversidades causadas por los trastornos que sufrimos.

22. ¿Sientes la necesidad de reunirte con tus iguales psiquiatrizadas para darle una solución a tu sufrimiento?

En tal caso, has entendido que:

a) Cuando hay sufrimiento conviene buscar soluciones teóricas y prácticas, y una de las mejores opciones es buscar compañeras que estén en tu misma problemática y poder

compartir el delirio. En los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) puedes verbalizar en común episodios de sufrimiento, colectivizarlos y dejar de vivirlos en privado, como si fuera un problema individual. GAM supone poder luchar juntas y en colectivo para intentar hacer una sociedad más humana, solidaria y justa; un reconocimiento entre iguales, y es que “solo lo sabes si lo has pasado”.

b) Los GAM son a la psiquiatría lo que la okupación a la especulación inmobiliaria. Los GAM se formulan como la antítesis del Sistema de Salud Mental, creando espacios autónomos que se escapan a la lógica del poder, formados asamblieariamente sin autoridad ni jerarquía: espacios horizontales donde prima el respeto y la tolerancia. Suponen una ruptura con la jerarquía psiquiátrica, dejar de ser la observada y sometida, abordando de raíz el problema del poder eliminando psiquiatras y psicologas, pues su presencia interfiere en la redefinición desde la propia experiencia y la autonomía de los iguales.

c) Se trata de apoyar y ser apoyada recíprocamente, de la ayuda de unas a otras en una sociedad donde el apoyo es marginal, donde se priman tendencias economicistas. La experiencia propia del sufrimiento y la superación del mismo te ha aportado unos recursos inestimables, con los que sólo cuentan aquéllas que han vivido la experiencia. Si has tocado fondo una o varias veces y has aprendido de la lucha contra tu sufrimiento, compartir y recibir estos recursos en una asamblea de afectadas te da apoyo emocional y social, facilita recursos y crea una autogestión real de la salud, entre iguales y horizontalmente. Entre todas redefinimos nuestra propia salud y buscamos soluciones de acuerdo con ella.

d) Estar en un GAM es un trabajo continuo, el colectivo puede darte apoyo intenso puntual, intentar evitar un próximo ingreso-encierro, hablar con tu familia, reclamar que se

cumplan tus voluntades, como la de no recibir electroshock, y hacer un acompañamiento continuado. La familia, por voluntad o desconocimiento, muchas veces se deja llevar por el autoritatismo psiquiátrico. La comunicación entre la familia y las amigas afectadas del GAM les da otro punto de vista necesario, puede hacerles sentir que no están solas y facilitar una perspectiva más comprensiva con la persona que sufre psiquiatrizada. Ya una vez fuera del ingreso-encierro puede hacerse un trabajo para luchar contra la sintomatología residual, animar a la compañera y seguir el apoyo en espacios comunes de libertad.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por el apoyo mutuo y la solidaridad entre compañeras de trinchera, por un mundo más empático y humano, para resistirte a entrar en la fortaleza del Sistema de Salud Mental. Y construir comunidad y activismo en primera persona.

23. ¿Te has planteado registrar una Declaración de Voluntad Anticipada?

En tal caso, has entendido que:

a) La Declaración de Voluntad Anticipada (DVA) o testamento vital es un recurso legal para proteger el derecho de personas capaces de comprender y juzgar a elegir o rechazar tratamientos médicos. La persona, mayor de edad y de manera libre, expresa las instrucciones para cuando se dé una situación en la que no pueda decidir por sí misma. Las DVA permiten a potenciales pacientes documentar ciertas decisiones que recibirán los sanitarios y a nombrar representantes autorizadas para que tomen decisiones en su nombre. De esta manera, las declaraciones anticipadas aseguran seguir teniendo cierto control sobre tu tratamiento psiquiátrico (en

algunos países) aún en momentos en los que hayas perdido la capacidad de comunicarte, comprender y juzgar; de igual manera, puedes manifestar también tu elección por una posible intervención no psiquiátrica en caso de crisis. En algunos momentos de factores desencadenantes de crisis se ha probado la capacidad del DVA para dar alas a otras actividades de autoayuda diferentes al encierro.

b) Es interesante buscar y compartir información sobre cómo registrar la DVA, ya que cada comunidad regula de manera diferente su normativa al respecto. En general se tiene que formalizar la declaración ante notario y tres testigos para incorporarlo en tu historial clínico, designando una o varias representantes de tu confianza. Podrás modificar, ampliar y revocar la DVA en cualquier momento, sólo con registrar los cambios en tus voluntades anticipadas y llevándolo al Registro Nacional de Instrucciones Previas y Registros del Departamento de Salud del gobierno autonómico donde vivas, para que quede constancia de estos cambios.

c) En el Estado Español no es legalmente vinculante una declaración de voluntad anticipada en la que se exija un NO al ingreso psiquiátrico en caso de crisis. Cuando el ingreso es involuntario significa que estás arrestada, y bajo la responsabilidad de una juez y una psiquiatra. Ésto es así, en el Estado Español, aunque nunca te lo comunican por escrito. Aunque actualmente no es totalmente vinculante, la DVA puede dar una pincelada leve y constar como un documento terapéutico orientativo, dejando de lado la soberanía personal de cada una.

d) Hay que pasar la barrera del documento terapéutico orientativo, ya que es especulativo, subjetivo y arbitrario, te deja bajo voluntad de la psiquiatra y sometida totalmente a su control. Esta es una lucha que se debe emprender desde ya: una reforma en el Sistema de Salud Mental, que permi-

ta evitar el encierro-ingreso involuntario o coaccionado. Por ejemplo, en el asunto del TEC sí que es vinculante formular una Declaración de Voluntad Anticipada, y esta decisión se respeta tanto judicial como sanitariamente. Puedes manifestar a tus representantes y familiares tu firme voluntad de que luchen por hacer respetar tu derecho a decidir sobre tu salud, por buscar alternativas acordes con tu DVA, como por ejemplo la posibilidad de recuperarte entre amigas, compañeras y voluntarias en un refugio, fuera de la institución-cárcel psiquiátrica.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por evitar de manera consciente el secuestro del aparato sanitario-judicial del Estado y darle una salida alternativa. Por lograr de una manera soberana lo que tú decides en caso de crisis, como por ejemplo la decisión de rechazar el TEC.

24. ¿Crees que la mejor opción en momentos de crisis son los Refugios?

En tal caso, has entendido que:

a) Un Refugio es un espacio de vivienda, formulado como alternativa al ingreso-encierro en un psiquiátrico. El Refugio se entiende como el lugar terapéutico comunitario, la antítesis de la institución psiquiátrica. El Refugio, por ende, está justificado por no establecer roles de poder y sumisión. La idea es la de un espacio desinstitucionalizado, donde las normas se establecen entre todas, comunitariamente y bajo las premisas de la libertad, la igualdad y la solidaridad.

b) El objetivo del refugio no es el aislamiento ni la contención. En el proceso de cuidados y recuperación pueden visitarte amigas y familiares, y puedes practicar todo tipo de

actividades para tu mejoría. También se establece un vínculo con las compañeras que comparten la necesidad terapéutica de un refugio, y con las cuales puedes practicar el apoyo mutuo a través del cuidado. La única manera para llevarlo a cabo es a partir de equipos de psiquiatras, psicólogas, enfermeras y educadores sociales aliadas a nuestra causa, afines a nuestros principios y prácticas. Estas profesionales aportan recursos y mejor estudio pragmático de nuestros sufrimientos, encaminados a nuestra mejora. Practicando la idea de salud comunitaria y autogestión de la salud, como proyecto desinstitucionalizador y basado en el apoyo mutuo.

c) Un Refugio supone el empoderamiento individual y colectivo de las personas en estados de crisis y sufrimiento. En el espacio se deja de lado la etiqueta "paciente psiquiátrico", que conlleva un rol de sumisión, transformándolo en "persona con necesidad de ayuda no invasiva". Por ejemplo, en el acompañamiento durante el delirio y en cada momento de la recuperación se tomarían decisiones lo más ajustadas posible con las voluntades previas determinadas por la persona afectada.

d) Es un hogar abierto al afecto y a la empatía. Recuperación en plena armonía, es decir, como si estuvieras en tu casa. Un espacio de acompañamiento a la persona en sufrimiento psíquico. Sin limitaciones de autosuficiencia personal, ya sea el cocinar o los diferentes deberes cotidianos como tender la ropa. Un lugar donde establecer todo tipo de relaciones sociales, de debate, de reflexión, de concienciación. Y música, bailar,bailar mucho!

e) El refugio sólo puede existir si tiene financiación para sufragar los gastos del espacio, gastos de luz, agua y gas, horas de trabajo, alimentación,etc. Se necesitan recursos económicos y humanos para llevarlo a cabo, es un proyecto sobre el que hay que pensar y cuya creación es importante

promocionar. Es tan importante la existencia de un Refugio como el funcionamiento de los GAM's: de lo que se trata es de escapar del Sistema de Salud Mental, y no pisar el psiquiátrico. Las decisiones sobre su funcionamiento deben ir a la par entre profesionales y asociaciones de salud mental en primera persona; de la suma de individualidades implicadas depende el crear espacios de protección, descanso y recuperación comunitaria. Cada persona que quisiera estar en el Refugio cuando padeciera una crisis debería aportar una mensualidad individual, y así, junto con otras medidas de financiación, el Refugio podrá convertirse en una realidad.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por establecer una armonía en tu proceso de recuperación. Huyendo del dolor-cárcel de la institución psiquiátrica. Por reencontrarte con tu verdadera esencia y luchar contra la dominación del Sistema de Salud Mental.

25. ¿Te esfuerzas con toda tu alma para acompañar a personas con pensamientos suicidas?

En tal caso, has entendido que:

a) El suicidio es producto de la desesperación, el sufrimiento y el dolor. Y la causa es la vida inhumana impuesta política, económica y socialmente. El malestar existencial es substancial en una sociedad con altos niveles de desigualdad económica, social y política, donde nuestras relaciones del día a día están plagadas de faltas de respeto y restricciones de la libertad. La discriminación y el acoso pueden llevar a las personas al suicidio. Es importante dar apoyo a este tipo de víctimas sociales para hacerles ver que hay gente guay en este mundo de mierda. El maltrato está aplaudido en un gran sector de la sociedad. Ya desde pequeñas, cuando somos niñas

y vamos al colegio, el profesorado y las adultas de alrededor apenas intervienen en casos de *bullying*.

b) El número de suicidios en el estado español del 2014 ha duplicado las muertes por accidente de tráfico en el mismo año. En 2015, último año con datos estadísticos, se habla de 3.602 muertes. Se produce una media de 3.500 suicidios anuales. Se ha relacionado a menudo el aumento de los suicidios con el desarrollo de la crisis capitalista. Los problemas socioeconómicos como el desempleo y la pobreza son desencadenantes de esta vía de escape. La reducción de la pobreza generalizada evitaría tanto sufrimiento por la falta de recursos básicos como techo y comida. El suicidio es estructural, es sistémico, y también está la proporción ambiental como en países escandinavos donde el suicidio es muy alto. El estado español tiene un número de psicólogas exageradamente reducido y ridículo para solventar el problema. Luego, nos encontramos con la ironía de la fundación Obra Social La Caixa (sí, la misma que especula y desahucia) financiando algunas asociaciones de apoyo psicológico a aquellas personas que se han planteado el suicidio.

c) La palabra "suicidio" es un tabú del que apenas se habla, pero la mayoría hemos reflexionado al respecto, o valorado esta salida como opción alguna vez en nuestra vida. Se ha comprobado que hablar sobre el suicidio, el hecho de superar socialmente el tabú, ayuda a combatirlo, prevenirlo en situaciones límite o poder acompañar con respeto el proceso de quien consciente y reflexivamente decidiera dar el paso.

d) Es importante distinguir los intentos de suicidio en casos de sufrimiento extremo en una situación, lugar y tiempo concretos, de los valorados con una reflexión perdurable en el tiempo. Debemos auxiliar a amigas y compañeras cuando están en un momento bajo de su vida, cuidarnos entre nosotras, reconfortar a quien se encuentra moralmente débil

por falta de recursos básicos o apoyo emocional, o en situaciones extremas de crisis. Este tipo de tentativa de suicidio por causas externas se da, por ejemplo, cuando estás oyendo miles de voces en tu cabeza que no te dejan apenas un segundo de descanso; cuando una depresión hace que te plantees si deseas la vida que llevas; cuando las dificultades sociales te llevan a la desesperación...

e) Otro caso es cuando compañeras toman una decisión pausada sobre su existencia, y en la plena disposición de su vida la legislación prohíbe acabar con ella, a modo de regla cristiana, de leyes de moral ajena. Así se ha abocado a personas a esconderse y, en soledad, acabar con una vida no deseada; éste sería el caso de personas enfermas de cáncer, con parálisis cerebral, tetrapléjicas, con la memoria borrada, con dolores crónicos, en coma eterno, etc. Este caso sería muy diferente al suicidio estructural por las consecuencias del capitalismo o los trastornos mentales.

En realidad ya estás luchando, conscientemente o no, por evitar una consecuencia del capitalismo y el individualismo impuesto a base de hegemonía cultural. El hacernos fuertes colectivamente y buscar alternativas para estas personas moralmente jodidas, aportando una o varias soluciones que les permitan seguir adelante, como puede ser, simplemente, permanecer a su lado. Fortaleciendo sus talentos y disminuyendo sus debilidades.

26. ¿Te sientes obligada a denunciar las violaciones de los Derechos Humanos que se producen en todas las ramas del Sistema de Salud Mental?

En tal caso, has entendido que:

a) Es necesario denunciar las prácticas abusivas y las consecuencias de todo uso de poder y violencia sobre las personas en el campo psicosocial. Estos llamados tratamientos de salud no sólo son antiterapéuticos sino que también van en contra de los Derechos Humanos, tanto por su aplicación bajo coacciones a la paciente como por ser prácticas que atentan contra la salud humana.

b) Una vez entras dentro de la institución observarás de forma directa o indirecta humillaciones, torturas y abusos de poder por parte de auxiliares, enfermeras, psiquiatras y algunas familiares. De aquí deviene el impulso de concienciar, denunciar, gritar, subvertir, dañar, sabotear todo aquello que produzca miseria personal y colectiva a los sujetos que estamos sometidos a los poderes de la psiquiatría biologicista. La solidaridad, el cubrir a compañeras y no colaborar en su maltrato, es la mejor forma de resistir a un sistema ajeno y alienante.

c) Tomar conciencia de nuestra propia situación de oprimidas, y denunciarla, es en sí misma una forma de ruptura con aquello que nos hace esclavas. Nuestro campo de trabajo hoy, se basa en la toma de conciencia de la opresión, para crear una red comunitaria que golpee y haga pedazos toda forma de sometimiento.

d) Si te han atado a la cama, si te han hecho TEC en un momento que no estabas en tu sano juicio, si te la han liado de alguna manera... Demanda por daños y perjuicios. Cuantas más demandas tengan, más se resentirá su paradigma. No te quedes callada, y menos ante quien te quiere ver débil, sin criterio, sin crítica, sin empoderamiento colectivo. Lucha para poder mantener tu determinación y ser realmente una superviviente.

En realidad ya estás luchando, conscientemente o no, para dañar y subvertir lo establecido, para crear otra forma de psiquiatría, más humana y divertida! Por la defensa de los derechos humanos.

27. ¿Estás segura de que la psiquiatría es una pseudociencia?

En tal caso, has entendido que:

a) No se ha encontrado evidencia de patología fisiológica detrás de los trastornos mentales; ni desequilibrios químicos en la gente diagnosticada con una "enfermedad" mental; ni genes responsables de alguna "enfermedad" mental. No existen pruebas de laboratorio que determinen quién está enferma mentalmente y quién no lo está. No hay ningún test, sanguíneo o de rayos X, que pueda indicar que se sufre de "enfermedad" mental. Estudios y estadísticas intentan establecer precedentes sobre estimulaciones, respuestas que se repiten en cierto número de personas, y de ahí extrapolar a unas etiquetas y "medicamentos", asignados a modo de tótem hasta la próxima novedad farmacológica. Y es que el estudio del cerebro resulta complicado, y los métodos de investigación son de risa. ¿Cómo se explica si no que determinasen como indicador de "esquizofrenia" el tamaño encogido del cerebro de los pacientes, sin tener en cuenta el efecto de los neurotóxicos en el mismo y sin valorar que era más que probable que fueran precisamente esos venenos la causa de que el cerebro se hiciera más pequeño?

b) La (falsa) ciencia de la psiquiatría no ha sido capaz de encontrar el origen biológico de los trastornos mentales. Sus estudios no se sostienen sobre ninguna muestra fehaciente de que la "enfermedad" se encuentra en la sangre, ni en los genes, ni en nada biológico del organismo. Éstos son dados por la presión vital del sistema capitalista, con toda su cultura de opresión hacia el individuo en todas sus vertientes, por lo que los trastornos mentales deberían mantenerse en el ámbito de la psicología, y no en la pseudociencia de la psiquiatría, ya que provienen de todo tipo de traumas personales y de la suma de experiencias que nos superan, estresantes y an-

gustiosas. La última moda es la de predecir en porcentajes la probabilidad que una niña, adolescente o adulta pueda desarrollar un problema concreto de salud mental, pasando de la pseudo-ciencia a las ciencias ocultas de la adivinación.

c) La (falsa) ciencia de la psiquiatría, tal y como está planteada, se disfraza de ciencia por la gran industria farmacéutica. Las psiquiatras, estudiantes de medicina con una especialización pseudo-científica, se pretenden mover en ámbitos superiores a la terapia psicológica. Crean una biblia a la que llaman DSM, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales, libro que aumenta en número de enfermedades y páginas a medida que los parámetros socio-políticos censuran nuevas disidencias, los individuos sociales se aíslan en sus problemas y la industria farmacológica desarrolla tóxicos nuevos. Por poner 2 ejemplos: está el trastorno por obsesión de tomar el sol en la playa y ponerse morena, o el Trastorno de negación de la enfermedad (si se diera el caso que rechazaras tu diagnóstico); es decir, pasas de tener cero trastornos a tener dos.

d) El falso cientificismo de la psiquiatra es el talento de la suposición y la palabrería que enriquece la evaluación y el diagnóstico de la paciente, aprovechando los momentos de más vulnerabilidad y necesidad de respuestas de las que sufren, presentándose con la bata blanca y con sus anotaciones como única interpretación de la experiencia de la paciente. El infatigable trabajo será aprender de lo que nos pasa y aclarar qué es lo que nos hace más soportable el insoportable sufrimiento.

En realidad ya estás luchando, conscientemente o no, por evidenciar que la psiquiatría no es una ciencia materializable y que, lejos de las matemáticas del cerebro, se acerca más al arte de interpretar la vivencia y la situación del sujeto.

28. ¿Te ves con fuerza y tienes apoyo externo para abandonar la medicación psiquiátrica?

En tal caso, has entendido que:

a) La antipsiquiatría actual, a diferencia de la Antipsiquiatría Clásica, reivindica a las usuarias psiquiatrizadas como parte del movimiento por la salud mental, como primeras protagonistas. En los años 60's fueron psiquiatras con ideología marxista o autónoma quienes dieron el paso a cambiar el paradigma del Sistema de Salud Mental, para acabar con una institución psiquiátrica represora hacia el colectivo que la sufría. Ahora, en la nueva era, somos nosotras las psiquiatrizadas, reclamando el derecho a decidir soberanamente sobre nuestros cuerpos y nuestras mentes: si queremos tomar más, menos o ninguna medicación. En la nueva antipsiquiatría se le da un mayor peso a la psiquiatrizada y su soberanía (comparado con el papel que tenía en los años 70's, cuando ésta surgió), a la vez que se proponen modelos psiquiátricos alternativos por parte de equipos de profesionales críticas con la psiquiatría biologicista.

b) La antipsiquiatría entiende que el "trastorno" es producto de una condición vivencial. Plantea que si sufres problemas mentales se brinda la oportunidad de reflexionar, conocerte y vivirlos sin drogas psiquiátricas. Una puerta a entender los malestares y problemas como una parte singular de tu experiencia diaria. Si tienes altibajos del ánimo, alucinaciones o delirios será necesario formarte y buscar recursos para aprender a vivir con ello, en un proceso en el que el llamado sufrimiento se vea como parte de ti, y no como un problema químico. Partir de la aceptación será un gran paso a la hora de conocerte y aprender a convivir con el trastorno, sin recurrir a los neurotóxicos que envenenan tu mente y tu cuerpo, porque todas estamos en esta duda: las drogas

psiquiátricas, ¿hacen más bien que mal, o al contrario, más mal que bien?

c) Dejar la medicación es una decisión complicada: necesitas conocer tus límites, analizar pros y contras y armarte de valor. Pero siempre, siempre, siempre acompañada de un colectivo de refuerzo, personas que te apoyen y te acompañen. ¡No lo hagas nunca sola! Y sobre todo has de formarte. Sí, es algo difícil y doloroso ahondar en una misma, pero es obligado. La autoreflexión, la meditación, estar en talleres, seminarios o cursos, compartir experiencias y reflexiones con otras psiquiatrizadas... Todo tipo de formación para, de algún modo, aprender de ti, de tus vivencias, conocerte a ti misma, saber hasta dónde puedes llegar. Todas las personas tenemos límites de algún tipo. Reducir o abandonar la medicación es un camino que exige proveerte constantemente de mecanismos para convivir con el sufrimiento: una apuesta por reducir la dosis y sus contraindicaciones, a cambio de otras vías alternativas para superar el dolor de la vida. Normalmente la gente que decide no tomar drogas psiquiátricas, decide (a la vez) tomar medicación de forma puntal y estratégica, en momentos de dolor, crisis y desesperación, pero una vez están estables pueden volver a abandonarlas. Así se evita un tratamiento de dependencia y cronicidad. Existe la posibilidad de buscar psiquiatras alternativos que gestionen tus tratamientos en base a otra medicina; tomas estratégicas en momentos puntuales, medicina natural, homeopática, etc.; Existen medicamentos alternativos para todo tipo de "enfermedades" mentales. Consulta e infórmate bien para llevarlo a cabo. La opción consiste en buscar alternativas respetuosas con tu proceso de autoconocimiento, sin irreparables efectos secundarios.

d) Tendrás que aceptar que no todo el mundo puede vivir sin farmacología. Depende del trastorno que padezcas, cada trastorno es diferente y algunos son más fáciles de

sobrellevar sin medicina que otros; por ejemplo, no tomar medicación con alucinaciones es más complicado que con una depresión. Además, no todo el mundo puede afrontar, por ejemplo, la experiencia psicótica o bipolar de una forma soportable sin tomar medicación. También dependerá de cómo hayan influido los neurotóxicos en tu salud: ¿Has desarrollado ya una dependencia real a los ansiolíticos para vivir? ¿Han empeorado tus alucinaciones? ¿Estás en la libertad de afrontarlo sin medicarte, o de hacerlo con una dosis ajustada? Conócete, conoce tus límites y experimenta: quizás no puedas vivir sin medicina, pero aún así puedes ajustártela y evitar sobremedicarte como único medio de prevención. Hay que ser prácticos. La cuestión de no tomar medicación consiste en saber combinar tu mundo imaginario con la realidad normativa, y ahí está la dinámica. Si tu mundo imaginario sabotea constantemente la realidad ordinaria y te crea mucho sufrimiento, ya que no puedes convivir con las dos realidades, es mejor tomar medicación. Debes conocerte bien, y si tu misma optas por tomar medicación, no te frustres: no todo el mundo puede, quiere o debe. Nadie nos enseñó cómo hacerlo, y tampoco se nos ha dejado espacio para aprender. En toda la estructura de la institución psiquiátrica del estado español no hay medidas, recursos o herramientas para la experimentación de los trastornos sin drogas psiquiátricas, todo tratamiento gira en torno a la medicación. No somos Laponia Occidental, que ha abierto un complejo psiquiátrico con un modelo de tratamiento revolucionario, dónde la gran mayoría de los pacientes intenta afrontar los trastornos sin estar medicalizados. Reivindicar tratamientos con medicación reducida o sin medicación es el primer paso para hacer añicos el modelo del sistema de salud mental de Occidente. Para revolucionar la experiencia vital de nuestras mentes.

e) No tenemos la intención de persuadir a nadie de que deje de tomar su medicación psiquiátrica, sino que apunta-

mos a educar a la gente sobre sus opciones, por si deciden explorar la discontinuación. Aquí mostramos algunas referencias que pueden resultar interesantes al respecto: una guía para reflexión sobre la decisión personal, *Discontinuación del Uso de Drogas Psiquiátricas: Una Guía Basada en la Reducción del Daño*, publicada por *The Icarus Project y Freedom Center*; el artículo *La voz interior, guía práctica, de Paul Baker*; o el *dossier Sobre la Escucha de Voces, Colectivo de psiquiatrizadxs en lucha y compañerxs*, para reflexionar sobre los pros y contras del abandono de la medicación.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por liberarte de la fármaco-enfermedad y de todas sus contraindicaciones. Por valerte por ti misma, sin neurotóxicos, o al menos sin abusar de ellos como está establecido por norma en la actualidad. Por conocerte mejor a ti misma, aceptando esta condición de divergencia mental como parte de ti, y aprender a vivir con ello.

29. ¿Sientes un asco profundo al encontrarte a una comercial de las farmacéuticas en la sala de consulta de un Centro de Salud Mental para Adultos - Ambulatorio (CSMA)?

En tal caso, has entendido que:

a) Estás sentada esperando a que te toque el turno de consulta con la psiquiatra y a tu lado está una persona con un maletín y una carpeta de una multinacional farmacéutica. Le toca después de ti. Mientras esperas te imaginas de lo que hablará con tu psiquiatra y qué nuevo neurotóxico querrán empezar a probar con personas. Por eso sientes mucho asco, porque sabes que tu salud depende de la medicación que le vendan a tu psiquiatra. De hecho es ya conocido el marketing

agresivo con el que la industria farmacéutica presiona a les psiquiatras para que diagnostiquen a las niñas el Transtorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Medicar al 10% de las niñas y adolescentes: este era el objetivo del Plan PANDAH, financiado por la multinacional SHIRE, que afirmaba que "uno de cada diez niños tiene TDAH". Para ello coaccionaron, sobornaron y manipularon a psiquiatras, padres y madres, maestros y opinión pública, introduciendo este relato en ámbitos educativos, medios de comunicación y hasta en la legislación. La última tendencia en este sentido es la de prescribir preventivamente, lo que supondría ampliar el mercado farmacéutico a supuestos enfermos. Inventan enfermedades para conseguir gente enganchada a sus productos. A finales de los años 70, Henry Gadsden, presidente ejecutivo de la farmacéutica Merck, difundió la idea de que era un problema limitarse a tratar enfermedades: si reinventaban patologías podrían tratar a quien estaban bien y lograr que tomar fármacos fuera tan cotidiano como masticar chicle, podrían medicar la vida moderna. Esta idea influyó en la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) a partir del DSM-III. Hacía falta vender la enfermedad para vender el remedio.

b) Las psiquiatras reciben regalos de las farmacéuticas, ya sea dinero, un viaje en crucero, hoteles o cenas en restaurantes. Y la única manera para que reciban el regalo es suministrar la medicación que les han vendido. La Psiquiatría moderna se ha simplificado hasta el extremo de limitarse a recetar los psicofármacos que la industria va lanzando al mercado, siendo cómplice y recetando ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos sin saber realmente si van a funcionar, y sin tener en cuenta sus efectos dañinos. Y en contraste con esta sobremedicación, está el hecho de que en la actualidad más de 2.000 millones de personas se ven privadas de su derecho a la salud, pues sus problemas psicológicos

son reducidos a desequilibrios químicos no acreditados científicamente.

c) Los gobiernos y los consumidores financian el 84% de la investigación de nuevos fármacos, mientras que sólo el 12% corresponde a los laboratorios farmacéuticos. Los organismos gubernamentales que deberían controlar los fármacos (es decir, estudiar la fármaco-enfermedad –dañina y en ocasiones mortal–, el precio del fármaco y su innovación y desarrollo) están financiados por la Industria. Así, la FDA de Estados Unidos es financiada en un 75% por las multinacionales farmacéuticas, la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos en un 80%. Un dato a tener en cuenta: por cada dólar invertido en fabricar un medicamento se obtienen mil dólares de ganancia. El Ministerio de Sanidad aprobó en 2010 la Guía Práctica Clínica del TDAH, aunque la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública pidió su retirada y advirtió que el 70% de los redactores tenían conflictos de interés o habían recibido de alguna manera dinero de las farmacéuticas.

d) En Francia mueren 18.000 personas al año por efectos adversos de los medicamentos, y en España el número de muertes anuales por esta causa triplica el de los accidentes de tráfico. Hay estudios generales que corroboran que las farmacéuticas amañan los resultados de numerosas investigaciones en beneficio propio. Así el mercado está repleto de psicofármacos de dudoso beneficio y que causan daños graves, que pueden inducir al suicidio, al homicidio o a la muerte por otras causas. Las farmacéuticas pueden distribuir neurotóxicos que provocan síntomas que coinciden con los criterios para diagnosticar el trastorno bipolar o la paranoia, y que pueden llegar a crear alucinaciones. Recomendamos el libro de Peter C. Gotzsche: *Psicofármacos que matan y degeneración organizada*, 2015, Libros de Lince.

e) Cuando te dan una medicación que no te convence y propones cambiarla por otra o pides más información sobre sus efectos, los psiquiatras se niegan: justifican el tratamiento y ponen impedimentos a cambiarla. ¿Quizás esa medicación que quieres no les da tanto beneficio? Está en tus manos adueñarte de tu salud, de la palabra y acción, es decir, decidir sobre la medicación que quieres tomar para el problema que sufres. En la actualidad los beneficios de la Industria se dirigen a nuevos productos y se complementan con la desatención de aquellos medicamentos que, aun siendo efectivos, tienen una baja rentabilidad. Se ha denunciado que en España hay desabastecimiento de 170 medicamentos cuyo suministro ya no se asegura por las farmacéuticas: resulta que el precio de éstos es muy bajo, o que han desarrollado alguna alternativa de eficacia similar pero de mayor precio.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por ser decisiva en la medicación que quieres tomar, independientemente de lo que quiera hacer contigo tu psiquiatra, y de su beneficio con las farmacéuticas.

30. ¿Te opones totalmente a que haya pacientes que vivan en el psiquiátrico de forma perpétua?

En tal caso, has entendido que:

a) Cuando nos cuelgan el estigma de enfermas crónicas, tienen el poder de encerrarnos a cadena perpetua en un complejo psiquiátrico. Esto se llama el "tercer nivel": te consideran un caso perdido con el que ya no hay nada que hacer, sólo "proteger" y tutelar. En el "segundo nivel" estarían las pacientes agudas o de poca estancia de ingreso-encierro, y el "primer nivel", las pacientes que visitan en el ambulatorio a las profesionales psi (psiquiatras y psicólogas). Las perso-

nas que viven en el psiquiátrico son olvidadas de la sociedad, cumplen cadena perpetua en los complejos psiquiátricos únicamente por haber cometido el "crimen" de estar locas y de no contar con un entorno que las apoye y las reivindique. Narcotizadas para quitarles la voluntad sobre si mismas y tuteladas por la institución psiquiátrica. Su soberanía personal fue externalizada a una psiquiatra, que es realmente quien decide todo lo importante sobre ellas, en tanto que pacientes; quien decide a cada revisión que se pasarán diez años más ingresadas allí.

b) Las Personas que somos presas de la institución somos en general personas ligadas a problemáticas humanas. Antes y/o durante el encierro hemos sufrido una serie de factores aislantes: debilitamiento de los lazos sociales, desarraigo de la comunidad, desintegración familiar y dependencia respecto a profesionales "psi".

c) Somos las que se pasan veinte años seguidos sin ni siquiera poder disfrutar de unas vacaciones, salir fuera; aquéllas cuya vivienda es el hospital psiquiátrico; las que se pasan el día bebiendo cafés descafeinados y todo el rato con un cigarro en la boca por la nula psicoterapia de la institución. El psiquiátrico es la más alta expresión de aburrimiento, del hastío vital, donde todo es monótono y rutinario, sin lugar a la decisión o a la sorpresa. Como mucho, y solo en algunos casos, se puede disfrutar de tres horas fuera del complejo, los días de la semana en los que se tiene permiso. Todo está condicionado a si te portas bien, que es igual a molestar poco y hacer lo que la institución quiere. Porque, si no cumples con sus expectativas… siempre está a mano amenazarte con suspenderte salidas y visitas.

d) En el Sistema de Salud Mental se priorizan los aspectos preventivos de la enfermedad, pero les "enfermas" crónicas tendemos a ser desatendidas. Somos arrojadas al

basurero institucional, allí donde no molestaremos a la normatividad establecida. Nadie da nada por nosotras, ningún familiar nos reclama, somos “enfermas” socialmente inútiles, políticamente ineficaces y electoralmente despreciables. Al encerrarnos se acaba con el problema social que supone el espectáculo de nuestra desgracia y miseria.

En realidad ya estás luchando, conscientemente o no, para que los hospitales psiquiátricos disminuyan progresivamente sus camas, desarrollando programas de rehabilitación que faciliten la externalización de la mayoría de sus pacientes y su reintegración al medio sociofamiliar y a los recursos sociosanitarios con que la sociedad se vaya dotando.

31. ¿No quieres darle psicofármacos a tu hija, por muy bonitos y beneficiosos que te los pinten?

En tal caso, has entendido que:

a) Cada año más de 3.000 menores de 14 años son ingresadas en el estado español por problemas de salud mental, con etiquetas como la esquizofrenia, psicosis o trastornos de la personalidad. Este indicador es terrorífico, y es que el hecho de que una persona de esta edad sea ingresada en un psiquiátrico sólo demuestra la ineptitud de una sociedad pobre en el cuidado. La mayoría de los “trastornos” mentales de estas niñas y adolescentes provienen de traumas y el *bullying*, por ejemplo, es norma diaria en los colegios.

b) “Etiquetar a una niña de enferma mental es estigmatización, no un diagnóstico. Como dijo el psiquatra Thomas Szasz: “*darle a la niña una droga psiquiátrica es envenenamiento, no un tratamiento*”. Hace falta entender que las niñas y adolescentes están aún creciendo. Un tratamiento con psicofármacos puede afectar tanto a su desarrollo físico como

mental. Hay un alto riesgo en el hecho de administrar psicofármacos en pleno período de crecimiento de la niña, ya que comporta efectos secundarios como aturdimiento mental, cansancio, rigidez muscular, sedación y somnolencia, etc. A los efectos secundarios de los neurotóxicos se suman la estigmatización y la fuerte dependencia a los neurotóxicos que pueden llegar a generar.

c) Además de propiciar que la menor no pueda resolver sus problemas por ella misma de una forma natural, con la ayuda de una psicóloga, el suministro de drogas psiquiátricas es una forma de solventar el problema poniendo un parche temporal, una intervención rápida en lugar de ir a la raíz del problema. Hace falta construir métodos y alternativas para superar los traumas provocados por una sociedad con poca ética.

d) Hace falta abordar todo el sentir de la niña. No se puede reducir una depresión infantil a un desorden neuroquímico, hace falta profundizar sobre las relaciones sociales de la niña y cómo le afectan sus vivencias. Hay maneras de entender el mundo, de actuar y de expresarse que son propias de las niñas, como aprender a partir de la actividad, crear amigas invisibles, escudarse en la imaginación para soportar realidades difíciles, o que la adolescencia sea una época complicada; se gana capacidad de decisión a la vez que una se hace autónoma cuando estas aún en proceso de conocerte, y ésto no debe ser una excusa para medicarte. Estas "enfermedades" han sido denunciadas como inventadas y los conflictos que pudieran provocar deberían ser tratados de forma psicológica, fomentando el autoconocimiento, para mejorar la salud de la afectada, y a la vez contrarrestar el interés monetario y la exageración social por parte de las farmacéuticas.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por la libre voluntad de tu hija, por respetar su realidad en esa edad en que el juego lo es todo y la imaginación aún es mayor.

32. ¿Ves imposible ser mujer y no estar loca en esta sociedad enferma?

En tal caso, has entendido que:

a) El patriarcado es estructural. Desde niñas nos educan a jugar con bebés y muñecas a las cuales cuidamos poniéndolas guapas en todo momento; a ser lo que se espera de nosotras, acentuando la obligación de ser valoradas según nuestro aspecto y la opinión de otras. A esto se le añaden adjetivos de carácter: sumisa, obediente, amorosa, discreta, silenciosa, sin opinión propia, complaciente, comprensiva y volcada en el cuidado; construida a partir del deseo del otro y valorada a partir de esa alteridad. Tal como decía Simone de Beauvoir: "una mujer no nace, se hace". Por lo que la cuestión sería preguntarse: ¿cómo es posible construirse como mujer o ser mujer sin volverse loca de algún modo, sin perder el sitio, dislocarse, estar fuera de lugar?

b) Antiguamente la mujer que padecía alucinaciones y delirios por el consumo de hierbas psicóticas era denunciada como bruja, y asesinada en una hoguera en la plaza del pueblo. Pero era una mujer fuerte, temida por el patriarcado. Luego pasamos a ser "enfermas" mentales, y por lo tanto inofensivas.

c)La exigencia/necesidad contradictoria de ser tu misma y a la vez lo que esperan de ti es una realidad en la que no hay salidas, o las salidas que hay son especialmente dolorosas. A la condición de ser mujer han sido atribuidas históricamente características vinculadas a la inferioridad, a lo patológico –se dice que somos irracionales, emocionales, débiles e histéricas. Las características que nos exigen son a la vez las que el valor patriarcal rechaza: la sensibilidad, la vulnerabilidad, lo blando, la intimidad, etc. Puedo enloquecer intentando cumplir adecuadamente cada una de las cosas que se esperan

de mi; si intento rebelarme voy a recibir acusaciones, castigos y burlas. Así que no hay salida: si soy aquella que se espera que sea, resulto no ser nadie; pero si dejo de serlo se me acusa de no ser mujer, es decir, igualmente, ser nadie.

d) El desarrollo del rol de mujer, con las actitudes impuestas socialmente, es fácilmente convertido en patología. La patología se determina cuando no llegas a lo que se te pide, o cuando lo sobrepasas. Hay múltiples ejemplos de estas estigmatizaciones: sobre la sensibilidad, tanto su carencia como su exceso se consideran un problema mental; sobre ser cautelosa, por ser temeraria o por desarrollar miedos irracionales; sobre tener el rol de cuidadora, tanto si tienes desapego como si demuestras una dependencia emocional, serán siempre signo de debilidad. La justa medida de lo que te piden será lo que se valore, y a la vez siempre será un horizonte, por lo que se te estigmatizará como "enferma" mental, se te acusará de anormal y se te etiquetará con un diagnóstico psiquiátrico cuando no llegues o traspases el límite de este estrecho rol de género que se te impone. Y esta amenaza social será también un aviso para el resto de compañeras.

e) Todo ésto de lo que hablamos se muestra real cuando, hoy día, somos las mujeres quienes lideran las cifras de atención en salud mental, principalmente las que somos constantemente medicadas y excluidas: mujeres trans, lesbianas y bisexuales, niñas y adolescentes, mayores de edad y mujeres en condición de pobreza. La institución psiquiátrica se asegura que las mujeres locas no tengamos derecho sobre nuestro propio cuerpo, identidad y maternidad. Nos someten a esterilizaciones forzosas y nos quitan el derecho al cuidado de nuestras hijas. También se dan casos en que al ingreso-encierro a una mujer embarazada la obliguen a abortar. La premenstruación y la menstruación, ciclos naturales de la mujer, son también patologizados. El miedo a la violación y a la violencia sexual aumenta cuando somos

internadas, sufriendo abusos de parte de psiquiatras y psicologas, y en general por la violencia institucional que se aplica como castigo y amplifica la tragedia porque, por locas, nuestras voces no se escuchan, no se creen.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por la igualdad de género, la rebeldía contra la doble discriminación y el combate por el empoderamiento colectivo feminista en la salud mental.

33. ¿Sabes que el racismo desarrolla una mala salud mental?

En tal caso, has entendido que:

a) El racismo es un componente estructural de discriminación, aislamiento y agresión cotidiana, normalizado socialmente, encubierto institucionalmente, invisibilizado en la sociedad civil, las instituciones y los medios de comunicación. Este racismo estructural, indirecto y disimulado, crea división y propicia la desmovilización de las luchas antiracistas y la invisibilización de la injusticia de la sociedad; es una forma de ocultar el racismo cotidiano y su vinculación mayoritaria con la clase social trabajadora (en sus sectores más discriminados y explotados). Vinculado con el colonialismo y el neocolonialismo que se fundamenta y se actualiza a través de la desvalorización del otro en el racismo cotidiano. Desde el esclavismo, el racismo está vinculado a la acumulación capitalista. En América las personas nativas –aquellas que sobrevivieron al genocidio– fueron condenadas a la servidumbre, sujetas a una cruel disciplina y sumisión en plantaciones de monocultivos. Idéntico destino corrieron las asiáticas y las que venían del contrabando humano en África. Las aborígenes de Oceanía fueron exterminadas casi

totalmente, y las pocas que sobrevivieron malviven discriminadas. Las potencias coloniales europeas pronto advirtieron que para mantener su dominio era conveniente establecer diferencias entre los explotadores y explotadas: entre los autóctonos y las foráneas, entre las blancas y las de otros colores de piel. Esa segmentación establecida en base al origen y color de la piel y sus correspondientes privilegios permitía mantener la pirámide de explotación capitalista sobre la fuerza laboral. La discriminación y la explotación constituían la riqueza occidental.

b) La maquinaria psiquiátrica también ha echado mano del racismo. Ya en el siglo XIX el científico Samuel A.Cartwrigth, en Estados Unidos, se inventó dos "enfermedades" mentales relacionadas con el racismo establecido de la época. Una era la "drapetomanía" que se basaba en la supuesta "enfermedad" mental que padecían las esclavas negras que tenían el deseo y ansias de libertad, traducidas en intentos de huida o expresiones de sentimientos en contra de la esclavitud. Como cura para esta "enfermedad" afirmó que se debía dar de latigazos como medida preventiva, y también prescribía la amputación de los dedos grandes de los pies de las negras para imposibilitar la carrera, (todo ello para sanar dicha "enfermedad"). La otra "enfermedad" racista que se inventó era la "dysaesthesia aethiopica", que establecía un trastorno de pereza entre las esclavas para realizar trabajo. Para curarla también proponía los latigazos.

c) Lejanas podrían parecer ya las teorías de Samuel A. Cartwrigth y otras hipòtesis pseudocientíficas que justificaban el esclavismo, así como las ideas que sustentaron las misiones de colonización occidentales a países del hemisferio Sur –nos referimos a la eugenesia y las teorías degeneracionistas de la medicina del siglo XIX y principios del XX. Pero el tema es que los discursos civilizadores y paternalistas continúan muy presentes en las pequeñas mentes blancas. Mientras se mani-

fiesta una clara apropiación cultural -de nuestra música, de nuestro arte, de nuestras filosofías- continua el privilegio del hombre rico blanco, que se queda con la riqueza de nuestros territorios, que hace las leyes contra nosotras y que nos reduce a iconos utilizables a su antojo.

d) La llamada "enfermedad" mental se construye y mantiene mediante el sufrimiento. La discriminación racial potencia el maltrato, el aislamiento y el malestar, y por idéntico motivo se dan elevados índices de "enfermedad" mental en las prisiones y en las alumnas que padecen *bullying*. Es el odio social establecido como racismo lo que nos crea trauma, debilidad, ansiedad, culpa... Que pueden derivar en una "enfermedad" mental. Se traduce también en una mayor propensión a ingresar en hospitales psiquiátricos: la falta de redes de apoyo, la extrañeza en un país occidental hostil y las dificultades para vivir nos hace más propensos a ingresar en hospitales psiquiátricos que las autóctonas, en lo que a pro-

porción de población se refiere.

e) Recuerda que las personas migrantes nunca dejamos de serlo. No nos dejan desprendernos de esa identidad de viajeras/nómadas/extranjeras. Si padecemos sufrimiento mental, al no tener los papeles en regla, no recibimos ayudas como podría ser una pensión por discapacidad. Trabajamos y aportamos mano de obra barata a la riqueza europea, pero se mantiene la alteridad. Con la locura que él mismo provoca, este sistema injusto nos niega el apoyo en los peores momentos, aunque no nos libre nunca de seguir siendo explotadas y consumidoras. Para eso si que nos quieren: como consumidoras de psicofármacos, sin la subvención de salud del estado y con todo el gasto económico añadido que ello supone, acentuando y perpetuando nuestra situación de miseria.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, contra el racismo, su fundamento y razón social de ser, el capitalismo neocolonial. Por armar de amor y solidaridad a las no privilegiadas, las foráneas, las que nunca seremos de aquí porque vosotras no queréis, blancas europeas. Asumimos que nos tocará seguir luchando para emanciparnos de tanto dolor y sufrimiento que imponéis.

34. ¿Quieres que el conejillo de indias sea tu psiquiatra?

En tal caso, has entendido que:

a) La historia de la psiquiatría ha sido especialmente cruel en abusos de experimentación que se han realizado. La base de la metodología psiquiátrica se asienta en unas prácticas de ensayo-error, provocando experiencias fuera de la lógica racional y con graves consecuencias para las personas. Antiguamente se experimentó con agresivos tratamientos. La lobotomía, hoy conocida como psicocirugía, era una técnica invasiva y muy estigmatizada, porque se usaba también como castigo o como último recurso. Al electroshock, al que ya nos referimos en el punto 13, se suman otras aberraciones como la contención en aislamiento, duchas con agua fría, camisas de fuerza, falta de alimentación, el choque de insulina, la trepanación (consistente en agujerear un cráneo por la sien o por el lóbulo prefrontal hasta llegar al cerebro) y malos tratos varios por parte de las profesionales a las pacientes. Encontramos que la psiquiatría ha hecho uso de la experimentación y lo sigue haciendo. Algunas de estas prácticas, como es el caso de la neurocirugía, a estas alturas de la historia todavía no han tenido una demostración material de que influyan en una mejoría real.

b) La popularización de la medicación en los años 50 no vino de la mano de una mejor atención a nuestra salud. Los efectos destructivos sobre la salud general no parecían ni parecen importarle mucho a nadie y, en todo caso, sólo son constatados de manera casi anecdótica en los historiales clínicos. Mientras tanto, nuestra condición va empeorando fisiológicamente, con efectos físicos de carácter degenerativo, y aún se justifican alegando que ciertas "enfermedades" o trastornos ya contienen por sí mismos una tendencia a la degradación física. Desde esta generalización del uso de psicofármacos los hospitales psiquiátricos se han llenado de "pacientes" balbuceantes, con pérdida progresiva del control muscular, capacidades cognitivas deterioradas y progresivamente inhabilitadas para la relación interpersonal… pero pacíficas: el objetivo de que no molestáramos se iba cumpliendo.

c) Como es de costumbre las psiquiatras no te especifican las controversias del tratamiento que te quieren aplicar. Ante ti se muestran seguras de lo que hacen y de la eficacia de lo que prescriben. Ni una sola mención por su parte de desconocimiento, daño o perjuicio que tienen los tratamientos psiquiátricos. Logrando así una desinformación absoluta y el nulo juicio soberano para elegir o negar lo que te ofrecen. Se atienen a un silencio total sobre las consecuencias de los tratamientos, y tu te encuentras demasiado desconcertada como para reivindicar tus derechos. Así es como hay personas que en un momento de su vida, dada su desesperación y vulnerabilidad, aceptan prácticas de neurocirujía o electroconvulsivas, con la esperanza de solucionar su sufrimiento mental. En momentos de extrema crisis necesitamos alguien que parezca que sabe lo que hace, que le ponga nombre al sufrimiento, que asegure haber visto más casos y que pueda escribir la poción mágica en una receta. Las psiquiatras nos presentan este tipo de tratamientos como la salvación al infierno vital. Y luego, añaden tu caso de forma que justifique

su hipótesis, que sume a un análisis posterior con garantías de muy dudosa cualificación. Todo con el fin de la continuidad del cientificismo biologicista de la psiquiatría hegemónica, el mantenimiento del triunfalismo y la autocomplacencia de su noción de progreso científico. Tú, sin embargo, no tardarás mucho en darte cuenta de que tu salud no volverá.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por el fin de las prácticas abusivas, por una vida soberana de las personas y por su mayor bienestar. Por desmontar toda una maquinaria psiquiátrica que se autojustifica constantemente y que ignora tus derechos sobre la salud.

35. ¿Crees que el sistema de salud mental se inmiscuye y se impone sobre tu decisión de tener prole y tu relación con las hijas?

En tal caso, has entendido que:

a) En el estado español se hacen esterilizaciones forzosas sin el consentimiento y contra la voluntad de las personas, sin justificación médica o clínica, con intención eugenésica, punitiva o anticonceptiva forzosa. Hecho que atenta contra la igualdad, y contra los derechos sexuales y reproductivos, alegando que no encajamos en los modelos de maternidad establecidos por la sociedad y/o que podemos extender la "enfermedad" con los futuros vástagos. Está recogido en el Código Penal, y hasta ahora ninguna juez ha rechazado una solicitud de esterilización. Al abuso y la intervención en nuestro cuerpo se podría contraponer el respeto a nuestra libre decisión sobre nuestros cuerpos, contar con los apoyos adecuados, una educación sexual desde pequeñas, la accesibilidad de anticonceptivos o facilidades para el embarazo, si es ésto lo que deseamos. Esterilizar la diferencia no sólo es una

práctica legalizada sino también un abuso social e institucional contra colectivos vulnerables, despojándolos del derecho a decidir sobre sus propios cuerpos. Las esterilizaciones son practicadas mayoritariamente en mujeres, sumándose a los abortos coaccionados y una larga lista de instrumentalización y abusos sobre nuestra vida. Primero las peticiones de incapacidad, para después no tener que realizar el control mensual, y evitar embarazos no deseados. Todo por nuestro bien.

b) Ser diagnosticada y pasar a tener el rol de “enferma” mental, aunque tú rechaces ese rol, supone una discriminación estructural, de por vida, que te vuelve heterónomo, dependiente de las otras, que pueden incluso ingresarte a la fuerza y quitarte la custodia o el régimen de visita a tus hijas, prohibiéndote el trato y convivencia con ellas. Quizás has perdido ya la custodia de tus hijas o ni siquiera te has atrevido a intentar conseguirla, porque sabes que tu historial clínico será utilizado en tu contra, que no te la concederán e incluso temes que intentarlo te pueda ocasionar más perjuicios, como un ingreso forzoso a petición de tu expareja o familiares, o la incapacitación y pérdida de tus derechos civiles.

c) Sabes que aunque estés bien, aunque te encuentres equilibrada y hagas las cosas con responsabilidad social no tienes posibilidad de conseguir la custodia de tus hijas por la vía del pleito. El mero diagnóstico, aunque sea lejano en su datación, te invalida ante el tribunal para conseguirlo. Es probable que hayas padecido algún ingreso o conozcas a alguien que lo haya padecido, y sabes que un tribunal valorará ese tipo de documentación como decisoria y justificará la sentencia. Tu salud actual y tu voluntad pesarán menos que tu historial y se te privará de una defensa justa por la petición de la custodia. Sabiendo como sabes que no tienes nada que hacer ante un tribunal para obtener la custodia, y que si

las cosas se ponen mal pueden llegar a quitarte el régimen de visitas por tu “enfermedad” mental, es muy probable que evites iniciar trámites judiciales, o incluso separarte o divorciarte de tu actual pareja, por miedo a no volver a ver a tus hijas si lo haces.

d) Te sientes impotente porque sabes que no tienes opciones legales y que estás en una situación estructuralmente vulnerable. Esta misma situación fomenta y retroalimenta tu malestar y dependencia, tu miedo. Conoces la situación de vulnerabilidad en la que te encuentras y por eso has decidido, pese a que todo está en contra, organizarte con otras como tú, con tus mismos problemas, venciendo el miedo colectivamente y con apoyo mutuo. Has decidido que vas a reivindicar poder cuidar y ver crecer a tus hijas, que no hay vida fuera de esa lucha, que esa lucha es también tu vida, precisamente por eso, también tu salud.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por tus hijas y su bienestar, por tu salud y la de ellas. Sabes que las redes de apoyo son cruciales en el embarazo y posterior crianza. No es algo que sea exclusivo a las personas con “enfermedades” mentales y diversidad funcional, sino extensible a toda la sociedad, en la que la precariedad nos impide ser madres y padres si no contamos con las ayudas necesarias.

36. ¿Rechazas la elitización de la psiquiatrizada por ser oprimida?

En tal caso, has entendido que:

a) El hecho de ser o haber estado oprimida por la institución psiquiátrica, ni crea una aureola ni te pone por encima de nadie. Rechazas cualquier papel de privilegio. Incluido

el papel enarbolado y elitista que convierte en objetos de adoración a portavoces de los movimientos sociales y líderes sindicales, o cualquier tipo de famoseo dentro de comunidades sectoriales de lucha y resistencia. Un ejemplo serían los intelectuales de la izquierda, cantantes de bandas de punk-rock o personas que han estado reprimidas, como las presas políticas.

b) El fenómeno de líder o ejemplo viviente a seguir se da también en toda clase de movimientos. Entre ecologistas, antiespecistas, o feministas. Con lo de fenómeno de líder nos referimos a ese sentimiento de admiración elitista con las personas que destacan por mostrar una apariencia y actitud más cañeras, rudas o intransigentes. Creemos que esta tendencia no devuelve nada bueno a nuestros grupos y movimientos, y resquebraja la igualdad que debería haber. Ha pasado incontables veces con diferentes roles, y es posible que se establezca también un sentimiento de superioridad entre nosotras. Nosotras no queremos que pase también en los movimientos de lucha antipsiquiátrica. No queremos que nos veáis como héroes y heroinas.

c) Es un paradigma incongruente, cuando toda una sociedad te repudia por estar exenta del privilegio de la normatividad, en un binomio que contrapone el “cuerdo” al “loco”. Podría ser que la lucha de ciertas psiquiatrizadas destaque; por su constancia, por su facilidad de palabra, porque nos convencen sus discursos o por valorar todo lo que han aportado a los grupos y movimientos sociales de su alrededor. Podría darse entonces una valoración positiva que nos sitúe por encima, que haga que nos traten como héroes, únicamente por ser psiquiatrizadas activistas y políticamente comprometidas con nuestra lucha.

d) Rechazamos ser líderes a seguir, tener una aura especial, ni que seamos artistas, ni las nueves presas políticas a

las que alabar su lucha, pues somos una más en este sistema de salud mental opresor, nada especiales en comparación a tantas que han pasado, pasan y pasaran por las consultas médicas, centros de día y psiquiátricos. Supervivientes somos todas y no queremos que nadie nos ponga en un pedestal por la mierda que nos ha tocado vivir.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por reivindicar que en la lucha psiquiátrica todas sufrimos una realidad opresora, por visibilizar el chantaje para mantenerte dentro de los límites de normalidad. Pero denunciar los abusos no nos sitúa en una tribuna. Queremos escapar de ser las que llenen las necesidades y deseos de la cultura de la mercancía, convertirnos en un producto más al que adorar. Salgámonos, desintegremos esta concepción de las relaciones personales jerárquicas que no nos son propias, sino impuestas por la sociedad del espectáculo.

37. ¿Sientes hastío cuando en un Grupo de Apoyo Mutuo (GAM) se dan dinámicas dependientes y boicoteadoras con el propio grupo?

En tal caso, has entendido que:

a) En los GAM se dan las mismas dinámicas sociales que puedan darse en cualquier grupo; incluidas las actitudes destructivas. Hace falta desidealizar los grupos de apoyo porque sólo serán realmente positivos y efectivos en tanto que vayamos aprendiendo a caminar juntas, a resolver los problemas y respetar tanto a las compañeras como el proyecto de apoyo. Hace falta entonces bajar el nivel de optimismo grupal y dar cuenta de que no todas quieren integrarse en los GAM y su dinámica grupal, quizás por inseguridad o desconfianza.

b) Morris Nitsun escribió sobre las actitudes negativas hacia el grupo, que lo alteraban y devaluaban su tarea de apoyo terapéutico. Ésto se podría aplicar también a los GAM y otros grupos de apoyo. Lo llamó el "antigrupo". El antigrupo vendría a ser como un proceso destructor de grupos evidente o silencioso, llevado a cabo por una o varias compañeras pero que en definitiva bloquea, contiene la creatividad, la voluntad y las ganas de trabajar grupalmente. Algunos ejemplos serian: frecuentes críticas, ataques personales, asistencia irregular, romper la continuidad de trabajos conjuntos, expandir el temor a la desintegración del GAM. Por otro lado, también tiene una función de expresar la frustración, el desencanto y visibilizar las problemáticas, aunque hace falta contenerlo para continuar avanzando y desarrollar vías creativas de desbloqueo.

c) La dinamizadora o conductora de las sesiones del GAM puede sentir a menudo dificultades para ayudar. No siempre es fácil evitar momentos incómodos o silencios perturbadores, son muchos los sentimientos de las personas que participamos en el GAM. La dinamizadora, aunque sea una compañera del GAM, tiene posición de mando. El mando es un problema, que se justifica como asistencial, estableciendo una jerarquía en la que las participantes se ven reducidas al papel de pacientes-usuarias. Con esta jerarquía de nada sirve democratizar el conocimiento dentro del grupo y poder decidir entre todas lo que conviene y lo que no conviene. Hace falta probar otras maneras de hacer; rotar la dinamizadora o buscar formas creativas de horizontalidad politizando el malestar social colectivamente.

d) En los GAMs institucionales se dan tantas o más dinámicas antigrupales. Están organizados por las mismas instituciones que nos encierran en psiquiátricos y reciben subvenciones de empresas privadas como bancos y farmacéuticas. ¿Cómo no vas a desconfiar del GAM? La persona

dinamizadora cobra un sueldo, es parte del sistema de salud mental. El sistema se aprovecha del grupo para mantener la jerarquía, el dominio y las teorías biologicistas. En estos casos el proyecto del GAM tiene un papel asistencial. Los miembros del grupo son pasivos, se limitan a participar como pacientes, sin capacidad de decisión sobre sus actividades, sin aportar creativa y reflexivamente a la organización del GAM. No hay horizontalidad ni autoreflexión colectiva. Se acepta el rol adjudicado, de enferma, y bajo la misma psiquiatría, técnica psicológica y farmacología que nos oprime día a día. Eres, dentro del GAM, domesticada una vez más por el capitalismo y el biologicismo, el asistencialismo que desactiva nuestra propia autoorganización, la de las afectadas por la psiquiatría. El GAM institucional obstaculiza la lucha por un mundo igualitario, libertario y solidario; te quita el poder decidir sobre tu vida y tu salud.

e) La participación de psicólogos y psiquiatras en los GAM, tanto institucionales como no, debería ser rechazado por todas las compañeras. Una psicologa o psiquiatra ortodoxa tiene el lastre de su educación, no está en el GAM por vivirlo en primera persona; a menudo echará mano de la "solución" farmacéutica. Una dinamizadora externa formada en el sistema de salud mental plantea en el GAM un problema de jerarquías, se carga la idea del GAM horizontal. Otra cosa es, puntualmente, pedir ayuda de psiquiatras aliadas a nuestra causa (¡que existen!), y contar con ellas en un tema, espacio y tiempo concreto, que nosotras hayamos decidido y consideremos necesario. Pero, a la larga y en general, su papel dentro del GAM debería desaparecer.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por la autoorganización y por que tomemos el control de nuestras vidas dentro y fuera de la terapia en GAM. Reflexionar

sobre los procesos antigrupales del GAM es un paso a sincerarse, reconocer errores y apostar por el GAM a pesar de las dificultades. El GAM es cada una de nosotras, tarea nuestra será desarrollar capacidades constructivas para nosotras y las compañeras. Toca también ser activas y luchar contra lo paralizante y negativo, a la vez que se da vía libre para que salgan la apatía, la frustración y la rabia. Sobrevivir, cuidar (mantener) y responsabilizarnos del GAM en tanto que espacio propio y común no será fácil, pero tampoco imposible. El GAM es también un mensaje de atención y de cuidado hacia nosotras. Un espacio sin injerencia de las psiquiatras, representantes del biologicismo y la industria farmacéutica y no bienvenidas en un GAM libre y autónomo.

38. ¿Te gustaría ser parte activa en la organización y gestión de actividades en el Hospital de Día y en el Centro de Día?

En tal caso, has entendido que:

a) El Hospital de Día y el Centro de Día fueron una demanda por parte del movimiento de la antipsiquiatría en los años 70's. Esta pequeña reforma que exigían las antipsiquiatras era una alternativa al encierro dentro del sistema, en vías a desmentir la farsa de la mal llamada "enferma-crónica", y su gran intención era vaciar los Psiquiátricos en la medida que fuera posible. El Sistema de Salud Mental vio con buenos ojos esta demanda y cedió ante las exigencias, introduciendo estos espacios dentro de su programa. El problema no fue que se crearan espacios de atención que no supusieran una "hospitalización" en régimen total, sino la manera en que se instrumentalizaron y se instrumentalizan estos espacios. El sistema institucional ha ido ampliando su carácter totalitario a la vez que desplegaba una serie de recursos asistenciales.

b) En la teoría, el Hospital de Día y/o el Centro de Día existen para la asistencia de una recuperación post-ingreso-encierro, y a menudo hablan de su trabajo como rehabilitación psicosocial. Proporcionan un espacio de relación voluntaria entre pacientes y institución psiquiátrica, ayudas para potenciar la integración social, mejora de la salud, apoyo a las familias y una continuidad asistencial en coordinación con la Institución de Salud Mental. En la práctica pueden coaccionar la salida del encierro psiquiátrico a la inclusión en estos Centros de días Son un espacio de vigilancia y control, inducen a una forma de vivir (su modelo), agrupan pacientes que no tienen más en común que sufrir la psiquiatrización, programan actividades asistencialistas en las que los sujetos no tienen poder de decisión y son espacios de reclusión diurnos para familias sin capacidad de atención y cura completa.

*c) Es importante fijarse en cómo estos centros perpetúan la pasividad del paciente, promocionando la desmotivación, el sentimiento de estar perdiendo el tiempo y la desconfianza respecto al beneficio personal de estar allí. Es importante hacer hincapié en acabar con el asistencialismo, empoderar a las psiquiatrizadas y empezar con la puesta en práctica del acompañamiento individual y colectivo sin coacciones, realmente voluntario y libre. El acompañamiento es *per se* revolucionario, agruparte libremente te permite ver a las demás como te ves a ti misma y facilita el empoderamiento comunitario mediante la experiencia.

d) No puede ser que el Hospital de Día y/o el Centro de Día sean un paso obligado donde te presionan para mantener la sobremedicación, realizar actividades que no elegiste ni te motivan, y en los que seas vigilada. La libertad y la confianza son indispensables para, realmente, crear espacios de socialización, recuperación y empoderamiento. Pero cuesta que la misma institución que te sobremedica se preocupe

por tus intereses y aspiraciones. Una propuesta, complicada de realizar pero no por eso imposible, sería crear espacios diurnos y horizontales de apoyo mutuo, como podría ser la puesta en común de las cuestiones decisorias y organizativas de estos centros mediante una asamblea auténtica, donde participaran pacientes, educadores sociales, enfermeras, psicólogas y psiquiatras; así se superaría la barrera de la no-vida, se compensarían las jerarquías y la individualización que la cultura liberal nos ha impuesto. El objetivo seria crear una comunidad donde se ayudara a resolver los problemas con mayor facilidad, efectividad, empatía y afecto.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por cubrir las verdaderas necesidades colectivas, con modelos de co-participación, creando nuevas dinámicas y conciencias; por acabar con el asistencialismo y por que la persona psiquiatrizada tenga soberanía personal y colectiva. Es la legítima decisión de las pacientes incluir las actividades según sus intereses y preferencias, para transformar la cultura dominante y crear comunidad a partir del empoderamiento colectivo.

39. ¿Te repugna el derecho al trabajo precario que tienes?

En tal caso, has entendido que:

a)Las discapacitadas somos un grupo social muy expuesto y afectado por la precariedad laboral, no solo sufrimos las tasas de desempleo más altas y tenemos tasas más bajas de empleo entre todas las discapacidades sino que además somos contratadas a través de condiciones laborales inferiores en comparación a la población general. En nuestros trabajos tenemos ingresos económicos que no cubren las necesidades básicas para ser autosuficientes, y además la mayoría de contratos que tenemos son de carácter temporal. La

tasa de desempleo de personas con discapacidad por problemas de salud mental se encuentra en un 85'7%. Doblemente expuestas: a la institución psiquiátrica por un lado, y a las empresas de explotación laboral por el otro. El trabajo precario nos convierte en personas aún más indefensas, y tiene consecuencias psicológicas en nosotras, hasta triplicar los problemas de salud mental.

b) Una vez tenemos la etiqueta psiquiátrica nos encasillan en el grupo de la discapacidad. Junto a otras compañeras con todo tipo de diversidad funcional, nos convertimos en material temporal del negocio de las exenciones fiscales y las ayudas públicas a las empresas. La barrera que existe entre el interés puramente social y el económico es una línea muy fina y sencilla de cruzar, y de hecho dudamos que en ninguno de los dos lados de esta línea exista el interés por nuestra salud. De los más de 182 millones de euros otorgados por el estado español en ayudas concedidas a la integración laboral de personas con discapacidad en 2014, más del 90% fue a parar a las arcas de los Centros Especiales de Empleo (CEE). Cada CEE recibe por parte de la Administración el 100% de la cuota empresarial de la Seguridad Social de cada trabajadora, el 50% del Salario Mínimo Interprofesional por trabajadora a jornada completa o su parte proporcional en jornada parcial, y 12.000€ por la conversión de un contrato temporal en indefinido. Hace una década las empresas ordinarias eran la principal fuente de contratos específicos para personas con discapacidad. Hoy, el 73% de las contrataciones se realizan en un CEE.

c) El salario medio por día de jornada completa en una empresa ordinaria es de 47€, mientras que en un CEE es de 36€. Tanto en CEE como en empresas ordinarias te dan una remuneración precaria y además obtienen grandes beneficios de las subvenciones que les da el Estado. Es decir, contratar discapacitadas es un chollo. Si tienen estos beneficios por contratar discapacitadas deberían subir el sueldo

hasta que sea digno (por lo menos) y que no se dieran casos de explotación laboral, maltrato psicológico ni presiones de ningún tipo. Trabajamos y les salimos casi gratis.

d) Lo peor es que, como la mayoría de la población expuesta a la explotación laboral, no muchas de nosotras podemos renunciar a trabajar. Sólo de las pensiones apenas se vive o se malvive, no llegas a final de mes, sigues dependiendo de un entorno familiar para la subsistencia o no puedes ayudar económicamente a tu familia. Mientras miras tu cuenta del banco que nunca pasa de 200€ te acuerdas del empresario que se enriquece con tus conocimientos y con tu fuerza de trabajo, además de las subvenciones que le da el Estado. Habría que forzar leyes para tener sueldos dignos.

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por rechazar las condiciones laborales de explotación, las tuyas y las de tus compañeras con diversidad funcional; contra una situación impuesta de la que apenas hay escapatoria. Y aún así no te rindes de reivindicar la dignidad laboral, la solidaridad entre compañeras y la búsqueda de todos los mecanismos que tengamos a mano para destrozar la precariedad de nuestras vidas.

40. ¿Has decidido unirte a les Piquiatrizadas en lucha como forma de vida?

En tal caso, has entendido que:

a) La lucha contra la psiquiatrización de nuestras vidas es la única manera de difundir la historia en primera persona, de combatir por nuestra autonomía y dignidad y de solidarizarte con otras compañeras reprimidas. Te han hecho tanto daño que a veces apenas puedes levantarte, y el dolor es demasiado grande para hacerle frente sola. Es una con-

frontación con las instituciones totalitarias y contra todos los mecanismos que encapsulan la vida y homogeneizan las conductas. La diversidad asusta porque implica más trabajo para manipular, dirigir y vendernos las mismas respuestas; sean los neurotóxicos, las pseudociencias, las terapias individualizadoras o el sentido común prescrito. Trabajo doble el que nos toca. Por un lado buscar el origen de nuestro dolor. Por otro lado denunciar cómo la Psicología y la Psiquiatría con sus fármacos, sus diagnósticos o sus internamientos cumplen una función por la cual la sociedad se libra de elementos críticos, indeseables o simplemente improductivos.

b) Todas estamos en la misma rueda, haciéndola girar día a día. Reproducimos lo mismo que criticamos, y desde ahí empiezas a no encontrar sentido a nada, a darle vueltas a todo aquello que te transmitieron como regla universal. Desde ese punto comienzas a hacer frente a la realidad impuesta —que por muy profundamente arraigada que esté, no deja de ser susceptible de ser dinamitada—, desde lo más interno a lo más externo; a no callar, a reivindicar cambios en nuestros espacios: hasta donde lleguemos y como podamos. La lucha antipsiquiátrica es una batalla contra los abusos pero también contra la normalidad: contra los juicios y los autojuicios, la exigencia de ajustarse a un estándar, la tendencia a no dejar espacio a aquello diferente a ti... Es un conflicto más abstracto que el ecologismo o el antimilitarismo, pero igual de diario. Y aunque es verdad que no tenemos respuestas terapéuticas al dolor y al sufrimiento, seguimos buscando alternativas, decidiendo qué queremos (aunque a veces sea rechazando lo que no queremos) y creando espacios para compartir experiencias.

c) Dar rienda suelta a la necesidad de hablar y compartir con las amigas, familiares, compañeras de asamblea, de estudio, de trabajo y vecinas nuestras experiencias y preocupaciones es un método directo para aprender a escuchar,

sensibilizarse y empatizar. Las recomendaciones, las órdenes y las estigmatizaciones resbalan alcantarilla abajo cuando has podido conectar con la gente que tienes alrededor, cuando cuentas con apoyo y compartes otras maneras de ver, hacer, sentir, oír y expresar la vida. La revuelta contra las estructuras que dictan nuestras existencias es un acto de higiene mental, un camino hacia una mejor condición de vida infinitamente más efectivo y satisfactorio que la medicación salvaje o el internamiento. En la revuelta encontramos a nuestras amigas y aliadas. Asumimos conjuntamente la diversidad, los compromisos de atención y las ganas de destruir los mecanismos de exclusión y reeducación. Nuestro cuerpo, nuestras vidas; desde el derecho a abortar a poder decidir sobre nuestra salud.

d) Psiquiatrizadas en lucha somos las antipsiquiátricas, las antibiologicistas, las escuchadoras de voces, las histéricas, las sufrientes, las ansiosas, las supervivientes a la neurocirugía y al *electroshock*, las crónicas y las temporales, las rebeldes, las insurrectas a toda autoridad, las encerradas en psiquiátricos, cárceles y centros de menores, las sobremedicadas, las obligadas a medicarse y las que no se medican para llevar una vida normativa, las traumatizadas por terapias invasivas y anulantes, las enjauladas en escuelas, fábricas y zoos, los animales domésticos y los de granja, las antiespecistas, las dañadas por acoso, *bullying* y maltrato, las niñas que no querían estar sentadas cinco horas al día en sus pupitres, las estigmatizadas y autoestigmatizadas, las filosofas, las poetas, las artistas, las críticas, las lesbianas, los gays, las bisexuales, las transexuales, las no binarias, las que aman a más de una, las lunáticas, las frikis, las nihilistas, las desahuciadas, las explotadas en el trabajo, las personas afectadas por la crisis capitalista (la que nos afecta a nosotras y no a ellas), las precarizadas, las antitóxicas, las compañeras en los mejores y peores momentos, las colectivizadoras, las asamblearias, las feministas, las que quieren decidir sobre si mismas, las no escuchadas con atención, las

cuidadoras y las desapegadas, las que menstrúan, las que no se depilan, las maltratadas psicológica y físicamente por los miembros activos del patriarcado, las gordas, las refugiadas, las migrantes que nunca dejan de serlo a ojos de otras, las represaliadas, las exiliadas, las que se quedan donde quieren, las antiracistas, las que acompañen, las denunciantes de abusos, las antifascistas, las anticapitalistas, las que luchan día a día desde lo más cotidiano, las inconformistas, las que leen este libro y, les guste o no les guste, las hace pensar. Si nos hemos dejado a alguien añádete aquí:

En realidad, ya estás luchando, conscientemente o no, por abrir el debate sobre un tema que nos afecta a todas, que nos atraviesa cotidianamente y que es dejado de lado sistemáticamente, relegado a un tabú del que carga una misma y sus allegadas.

"La Norma nos ha herido por no querer abrazarla.
Por nuestra parte, hemos declarado la guerra a la Norma".

Enajenadxs

DECÁLOGO DE PRINCIPIOS

“Siendo el hombre un animal enfermizo, cualquiera de sus palabras o de sus gestos equivale a un síntoma”
Émile Cioran.

“Del esquizo al revolucionario tan sólo hay la diferencia entre el que huye y el saber hacer huir lo que huye, reventando un tubo inmundo, haciendo pasar un diluvio, liberando un flujo, recortando una esquizia. El esquizo no es revolucionario, pero el proceso esquizofrénico (del que el esquizo no es más que la interrupción, o la continuación en el vacío) es el potencial de la revolución.”
Deleuze y Guattari, El AntiEdipo (1972)

1. En nuestra escala de sensaciones nos da más miedo el psiquiátrico que tener un trastorno mental.

2. Entendemos el trastorno mental como una desviación de la realidad por un factor político, social y ambiental.

3. No nos creemos víctimas. Aunque pasemos por etapas débiles hemos sido capaces de soportar mayor hostilidad que la mayoría social; nos reconocemos fuertes en proporción a nuestra experiencia vital.

4. ¡Sí a la vida! La queremos acompañada de una sonrisa de nuestras amigas y compañeras;
que merezca la pena ser vivida.

5. Queremos la aceptación de nuestra condición, de nuestra libre voluntad a decidir qué queremos y cómo lo queremos.

6. Soportamos nuestro infierno dentro del infierno más grande que todo el mundo padece y para tratar de convivir mejor con nosotras mismas proclamamos la guerra al capitalismo.

7. No queremos un mundo en que la experimentación de síntomas sea equivalente a la reaccionaria práctica de pastillas, contenciones y electroshocks.

8. El aislamiento en un entorno destructivamente deshumanizador no se lo deseamos ni a nuestro peor enemigo.

9. Psiquiatras, enfermeras y auxiliares (y psicólogas y demás educadores) sabemos que nos entendéis, vosotras vivís en esa institución, así que veníos a nuestro bando.

10. Y acabamos con un
¡Abajo los muros de los psiquiátricos!

TESTIMONIO DE UN USUARIO DE GRUPOS DE APOYO MUTUO

"No vuelvo al psiquiátrico ni loco (sic)"
Graffiti aparecido en el muro exterior del psiquiátrico

Benito Menni de Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

"Jodida actitud normal!"

Banda musical hardcore catalana llamada -HHH-

"Una extraña unidad que sólo se reclama de lo múltiple"

Deleuze y Guattari

A los 27 años padecí mi primera crisis en forma de alucinaciones y delirios. Aunque era un primer síntoma de lo que podía ser esquizofrenia paranoide, era demasiado pronto para un diagnóstico. Guiado por el sistema de salud mental y sus psiquiatras, fluía con todo lo que me decían y estaba sometido por ellas, no oponía ninguna resistencia debido a mi ignorancia sobre el trastorno mental y su diagnóstico y todas las características que lleva consigo. La primera forma de opresión por los privilegios de la normatividad la viví conmigo mismo siendo en forma de autoestigmatización, que la sociedad te empuja a experimentar. No me aceptaba a mi mismo ni a mi experiencia psicótica, me sentía débil socialmente, le daba mucha importancia al diagnóstico hasta la exageración como algo estrechamente unido a mi y rechazaba mi libertad de ser. Empecé a sobremedicarme en un primer estadio que pronto acabaría. Al cabo del tiempo, a escondidas de mi padre y madre, empecé a tomar menos dosis de la formulada y así estuve muchos años, sin estar sobreme-

dicado y tomando una dosis ajustada para la supervivencia cotidiana.

Gracias a mis contactos anarquistas, autónomos y del ambiente anticapitalista, conocí a un grupo de personas en la misma situación que yo (estaban diagnosticadas de algún trastorno mental y se encontraban sometidas al sistema de salud mental) y que pronto se convertirían en mis amigas íntimas. Todos padecíamos alguna desviación. Nos referíamos a nosotras mismas como “psiquiatrizadas” como una forma de romper con el diagnóstico y las prácticas abusivas hacia nuestro colectivo. Si tenemos en cuenta que el diagnóstico cronifica el trastorno, lo estigma como algo inseparable a ti, y la normatividad te niega tu vivencia y realidad personal. El diagnóstico no es lo que tú eres, sino más bien, por decirlo de alguna manera, la experiencia subjetiva de vivencias inusuales o poco normales. Ser psiquiatrizada es empoderamiento, es guerra abierta al sistema de Salud Mental y al privilegio de la normatividad. Por lo tanto, es aceptar todo tipo de realidades y de la diversidad mental, había que hacer camino a la digna decisión de la vivencia de otros puntos de vista. Entendiendo que en esta sociedad postmoderna y de toda digestión propagandística del capitalismo, la publicidad te obliga a ser de una forma y tú eres tú, entonces se materializa una dialéctica entre aquello que te imponen como actitud y aquello tuyo verdadero, de esta guerra personal y de romper la alienación, crece el sufrimiento mental. En las sociedades occidentales y con mayor alienación hay mayor desviación mental que en otras culturas, todo se basa en lo impuesto y en la pérdida de la propia identidad.

Se nos ocurrió la idea, ya que barajábamos la constitución de un colectivo de ayuda sobre salud mental, de la formación de un GAM (grupo de apoyo mutuo); en este GAM éramos unas cinco personas, una red-organización horizontal que funcionaba asamblleariamente sin líderes ni jefes. Veíamos que los problemas mentales surgen por una sociedad enferma y que los trastornos son sociales, ambien-

tales y políticos. Nos apoyábamos en la frase: *"estar bien adaptado a una sociedad profundamente enferma no es símbolo de salud"* y en nuestras inquietudes en el camino hacia la utopía y nuestra respuesta con fuerza para luchar contra la debilidad, la tristeza, la angustia y el miedo. Veíamos el sufrimiento psíquico como colectivo y no individual, por eso la premisa "apoyo mutuo" era nuestra identidad de fondo. Afrontábamos el aislamiento individual entendiendo que la salud es nuestra, no les pertenece a ellas, no pertenece a la institución psiquiátrica. Somos soberanas de nuestro cuerpo y mente, por lo que el GAM plasmaba este hecho en todas sus formas porque es un distanciamiento de la institución. Y nosotras, desde nuestras fuerzas y decisión, nos organizamos para ello, para cuidarnos.

Nos reuníamos una vez por semana y si se daba el caso de que fuera necesario más veces, pues nos reuníamos más veces. Al principio, nos reunimos cada una en paralelo para contarnos media vida y las experiencias tanto del trastorno mental como de sus reacciones y, en consecuencia, de la experiencia vivida a contracorriente.Una vez hecha la presentación individual de cada miembro del grupo, nos reuníamos las cinco para contarnos el día a día, el presente vivido. Era una relación social seria, comprometida y combativa. Las cinco estábamos de acuerdo en derrotar el biologicismo y no contemplábamos medias tintas, abrazamos la antipsiquiatría como forma de resistencia y camino a seguir, propagar y agitar dentro de lo que podíamos y estuviera entre nuestras manos. El grupo no era homogéneo, era diverso en diagnóstico, lo que aportaba más vida, opiniones más ricas, más ojos de miras y más sensibilidad entre los integrantes. Las vivencias contadas dentro del grupo recibían así aportaciones más valiosas gracias a esta diversidad.

Empezamos con nuestros encuentros semanales y se dio el caso de que una compañera entró en crisis y posterior hospitalización en un psiquiátrico. Las cuatro miembros restantes nos turnábamos las visitas a la compañera ingresada

hasta que le dieron el alta. No pudimos evitar el encierro-ingreso porque poseíamos poco tiempo de experimentación dentro del grupo de apoyo mutuo, pero aprendimos de lo vivido y a partir de entonces nuestro objetivo era evitar los ingresos. Como primer paso creamos un manual interno del GAM de evitación del psiquiátrico; en él había una serie de puntos para combatir el psiquiátrico desde las necesidades personales de cada miembro que redactamos y pensamos con mucho cuidado. Así, cada miembro del GAM ponía sus puntos de protocolo de actuación para cuando estuviera en crisis y las demás miembros del grupo debían seguirlos punto por punto para ayudarle a superarla.

Decidimos como GAM tener una psicóloga de acompañamiento (en este caso de la escuela Gestalt) para aquellos miembros que lo necesitaran, acordando una cuota de cobro mucho menor a la habitual en esta profesión. No creíamos en la psicología cognitivo-conductual ni tampoco en el psicoanálisis, éramos más de abrazar la tercera fuerza psicológica, la de las humanidades. Por otra parte, también habíamos decidido tener a una psiquiatra de acompañamiento para que nos regulara la dosis de medicación que tomábamos; este psiquiatra estaba en contra del biologicismo, aparte que no cobraba ni un euro por nuestras visitas en su consulta. Tanto la psicóloga como el psiquiatra eran parte del anillo externo, no tenían poder de decisión sobre nuestra organización pero si que eran consejeros y asesores.

Aunque todo lo anterior dejaban bastante cubiertas todas las necesidades que pudiéramos tener y éramos conscientes de nuestros propios límites y capacidades, también veíamos una inmensidad de posibilidades que se canalizaron hacia la idea del Refugio. El Refugio era la posibilidad de tener una casa rural donde pasar los momentos de mayor sufrimiento para evitar el ingreso-encierro en el psiquiátrico, porque las únicas cosas que diferencian un psiquiátrico y una cárcel son el delito o la crisis psicótica y la medicación de psicofármacos, que hace de un hospital psiquiátrico una institución de

dominación más potente que las propias cárceles. Aunque esta idea del refugio fue hablada y acordada en el GAM para una recuperación en libertad, no ha podido llevarse a cabo todavía, porque no pertenece solo a los deseos de nuestro GAM y de otras agrupaciones. Es un proyecto que lo deben llevar a cabo psiquiatras, psicólogas, enfermeras y educadores sociales aliadas a nuestra comunidad de resistencia, junto a nosotras. Y de encontrar recursos económicos. Por lo que buscar aliadas no-psiquiatrizadas es un hecho muy importante a llevar a cabo. Hay que buscar frentes inclusivos evitando la no exclusión, y contra más profesionales tengamos a nuestro ideal mayor será la transformación contracultural, junto a mejores materiales para nuestro colectivo.

El grupo iba conociéndose más cada semana que pasaba hasta el punto de contarnos intimidades que no tenían que ver con el diagnóstico, nos hicimos amigas. Este hecho hizo que el grupo tomara más fuerza colectiva y pudiera ayudarse con toda el alma. Nos veíamos más veces a la semana de lo que requería el grupo de apoyo mutuo, nos tomábamos cervezas y hacíamos excursiones a la montaña o a la playa. Nos queríamos como se quieren unas hermanas. Gracias a esta nueva conexión, cuando algún miembro padecía alguna crisis nos dábamos cuenta prematuramente, se materializaba el compañerismo y con todas nuestras fuerzas y solidaridad evitábamos que fuera a más. Llegamos a la conclusión, después de mucho tiempo caminando juntas, de que esta era la línea que debía seguir el GAM, debía ser dinámico, es decir, que debíamos hacer todo tipo de actividades que nos ayudaran a mantenernos sanas. Compaginábamos el GAM formal, el de reunirnos en un bar, en algún espacio público o centro social con más intimidad para hablar de los problemas personales que pudieran desequilibrarnos y recibir apoyo mutuo, con el GAM más informal: reuniones para compartir momentos y vivencias, pasar una tarde jugando al futbolín, estar en un concierto de rock o ir a tomar el sol a la playa. Se trataba de fortalecer el apoyo en las mil formas

posibles y caminar juntas. Cada vez más, el dolor individual se empequeñecía y ganábamos a la crisis psicótica. Gracias al grupo, al colectivo, a la red, estábamos bien y sin graves problemas. El truco es fomentar la psicoterapia individual y colectiva, coparticipativa. Abandonar el uso de la medicalización como única solución, y darle la mayor importancia al hablar, intercambiar, buscar soluciones terapéuticas mediante la psicología, con la escucha y el cuidado mutuo. Porque todas tus vivencias traumáticas no se tratan con medicación, es necesario un crecimiento y buscar soluciones de recuperación que no te lo da ningún gramo de olanzapina. En el estado español ya sabemos todas cual es el el único modelo que se ha desarrollado; Que solo se habla de farmacología, no hay construcción personal para superar la sintomatología ni se desarrollan ni comparten herramientas y recursos con una metodología humanista.

Hay que tener en cuenta que el propio sistema capitalista lucha contra lo que él mismo crea con contención, sobremedicación, electrodos, aislamiento, acoso, abuso, chantajes, amenazas, reclusión y un largo etcétera. No queremos vivirlo más. El poder para salir de allí y crear una red horizontal de apoyo mutuo para psiquiatrizadas, que luche contra la raíz del sistema y también contra sus soluciones, está en nosotras, está en ti. De lo que se trata ahora es de concienciar a nuestro entorno de que la antipsiquiatría es una lucha sectorial tan importante como lo es el ecologismo salvaje, el feminismo radical o la liberación animal. Ya que somos menos las que sufrimos la dominación biologicista psiquiátrica, ejercemos el activismo un grupo más reducido que el que lo hace en las demás luchas, es por ello que tenemos que volver a iniciar el germen olvidado de la antipsiquiatría clásica y darle una perspectiva de futuro para que otras pillen el relevo y cada vez sea más fuerte la resistencia antipsiquiátrica (moderna), pudiéndose visualizar como una emancipación al biologicismo con el paso del tiempo. Un hecho de clara importancia en relación con lo anterior de no hace tanto tiempo (2003) es

una huelga de hambre que protagonizaron las supervivientes de la psiquiatría en Pasadena, California. La demanda de las huelguistas se dirigió a la Asociación Psiquiátrica Americana y a las oficinas del Inspector General de Sanidad solicitando pruebas científicas de la enfermedad mental como una genuina condición biomédica. La respuesta por parte de los psiquiatras americanos fue que "por el momento no hay pruebas científicas para ello pero que están por descubrirlas". Ridículo de unos científicos, ¿no? Experiencias como ésta nos hacen ver que la resistencia continúa, hay que hacer añicos el biologicismo.

Por otra parte, no hay que olvidar la decisión de cada persona de vivir el sufrimiento mental con sus altibajos como ella quiera. Si ve que puede convivir con la locura o el desequilibrio del ánimo ella sola (sin psicofármacos) con acompañamiento colectivo, hay que apoyarle y procurar que esté lo mejor posible. Esta opción no debe estar por encima del límite, es una opción libre más de cada una en la que los GAM se revelan como una herramienta más que necesaria. Tanto se debe respetar a las que siguen el tratamiento recetado por su psiquiatra a rajatabla, como a las que se lo reducen a escondidas un poco, como a quien no quiere tomar psicofármacos. Eso sí, sea cual sea la decisión, hay que hacerlo con la total garantía posible para vivir con bienestar. Si tu decisión te lleva al bloqueo, al miedo, al sufrimiento exagerado, por favor, toma medicación.

Una reflexión que tuvimos en el GAM es que carecemos de una alternativa teórico-práctica en funcionamiento que se aplique para fomentar una liberación de la psiquiatrizada que le ayude a tener recursos y herramientas para su mejoría. El sistema biologicista es el que manda y el que crea escuela en las universidades y en todos los centros educativos sanitarios para "enfermedades" mentales. Todo lo que se estudia y se pone en práctica es biologicista, por lo que profesionales que se salgan del surco y opten por alternativas más humanas y con nula manipulación del paciente, son pocas. Habría que

forzar culturalmente y socialmente la creación de una escuela alternativa al biologicismo, donde se fomente la autonomía de la paciente psiquiatrizada y se le ayude a emanciparse del dolor psíquico sin dañar al organismo con fármaco-enfermedad. Crear centros de estudio, teoría y práctica mediante la experiencia en una nueva antipsiquiatría humanista. Nosotras, desde el GAM, abrazamos las psicologías humanistas ya que las vemos más acordes a nuestra fortaleza pero, en el sector psiquiátrico, nos encontramos huérfanas. Suerte que conocemos varias psiquiatras alternativas, pero insuficientes en cantidad, para solucionar y expandir otras posibilidades. La solución pasa pues, por invertir el desaguisado y advertir, crear y volver a coser sobre la consciencia de la existencia de las líneas de fractura social que nos atraviesan en nuestro propio deseo alienado; los vínculos sociales y el apoyo mutuo que las relaciones mercantiles destruyen en beneficio del capital. Esto, no pretende ser (y no es) una ciencia, sino un saber práctico, una *frónesis* si se nos permite el palabro, un saber colectivo construido, provisional, crítica y comunitariamente sobre la experiencia y la reflexión de la misma en las comunidades o grupos sociales en su lucha por un mundo mejor, justo y libre. Y eso es lo que debemos hacer en nuestros grupos de apoyo, aprender de nuestra experiencia concreta y estar a la escucha para ir acumulando un saber de liberación y, mediante éste y el apoyo mutuo, ayudarnos a sanar.

En este libreto se hace hincapié en la autoorganización de las psiquiatrizadas a través de GAM, refugios, abogados defensores de los DDHH denunciando abusos psiquiátricos y llevándoles a juicio, etc. Básicamente porque el sistema de salud mental aquí en el estado español es contra nosotras. No ocurre así en otros lugares; aunque es un hecho aislado en Europa, vemos con esperanza lo que está pasando actualmente en la Laponia Occidental, en Finlandia. La institución está de una manera sutil, con una relación humana entre profesionales y pacientes, quitando protagonismo a la

medicación en la recuperación y mantenimiento cotidiano. Esto es un hecho revolucionario en psiquiatría, un avance brutal en la manera de tratar las "enfermedades" mentales y dar empoderamiento sin estar tan presente la institución psiquiátrica. Este proyecto se llama Diálogo Abierto y trata de darle a la paciente voz y voto en las decisiones tomadas colectivamente, entre paciente, familia, psicóloga y psiquiatra, sobre el tratamiento, materializando la soberanía individual de la paciente junto a las profesionales. Las profesionales van a la casa de le afectada cuando esta sufre una crisis aguda (no llevan batas blancas, van vestidas normales, un punto más a favor del acercamiento) y allí la conocen y también conocen sus sufrimientos. Gran aporte a la ciencia práctica experimental, ya que no las llevan al psiquiátrico sino que tiene una recuperación con las suyas, en su propia casa. Diálogo Abierto fomenta que la afectada se sienta escuchada, comprendida y valorada, haciendo que exista más colaboración del paciente con las profesionales y esto juega a favor de una buena mejoría, no invasiva ni impuesta. Por una recuperación sana.

En consecuencia los niveles de diagnosticadas por esquizofrenia se han visto reducidos en un 90%, ya que los planes y tácticas no se rigen por la medicación forzada sino que se hace según el caso y dependiendo de lo que quiera el paciente. Sea como fuera durante el proceso, 2/3 de las afectadas no recibieron medicación y, a largo plazo, apenas un 30% siguen tomando antipsicóticos. La ayuda potencial es, sobre todo, la psicológica, Finlandia, al ser una socialdemocracia real, tiene de los mayores índices de psicólogas por habitante. Sólo 1 de 4 personas recibe medicación desde un principio y se recuperan íntegramente sin necesitar la medicación, basando su tratamiento en entender el estrés, las presiones, los traumas y los factores de riesgo para solucionarlos desde la raíz, para su recuperación, mediante terapias psicosociales. Y un punto crucial a tener en cuenta, sale más barato económicamente la terapia de Diálogo Abierto con todo su arsenal

de psiquiatras, psicólogas, trabajadores sociales y educadores sociales, que llevar al paciente a un hospital psiquiátrico con camas, comidas y demás, con profesionales trabajando día y noche.

Repetimos que es un hecho aislado pero con la capacidad de, si se mantiene en el tiempo a través de mayores victorias, forzar a las demás estrategias europeas en salud mental a plantearse sus estructuras y tácticas para el trato de pacientes con problemas de salud mental. La maquinaria de los sistemas de salud mental europeos, como el caso del estado español deberá plantearse seguir siendo reaccionario o mirar el cambio de perspectiva y su futura transformación. Como en todos los cambios, debemos estar nosotras, las aliadas profesionales desde su ámbito laboral y organizaciones de salud mental empujando para crecer en el modelo que propone Diálogo Abierto y poder ponerlo en práctica aquí. Aunque perdemos en la correlación de fuerzas en el estado español, somos pocas por el momento con voz disidente y con el deseo de querer actuar de otra manera y utilizar otro modelo psiquiátrico; en creer en la alternativa. Primero apoyemos con crítica al modelo finlandés y veámoslo como un referente para saber que hacer aquí. Luego dejemos al tiempo decidir qué pasará.

Otra propuesta internacional es la de *Hearing Voices Movement*, "escuchadores de voces". Su discurso se centra en que son personas que sufren el escuchar voces que no son reales como si se tratara de una experiencia humana más, no la etiquetan como "enfermedad" mental ni trastorno ni nada psiquiátrico. Las *hearing voices* están agrupadas en grupos de apoyo mutuo y se arman de recursos vivenciales para ayudar a las demás integrantes. Se entiende que es difícil y muy complicado convivir con voces, pero se da el caso de que algunas personas pueden con ello gracias a que tienen herramientas y las estudian en su práctica.

Los *hearing voices* son un movimiento internacional pero tiene su inicio en Inglaterra, donde existe la mayor cantidad

de grupos de apoyo mutuo de las escuchadoras de voces. El único requisito para ser participante es el haber experimentado alucinaciones y delirios, no entran a estos grupos otro tipo de simptomatología neuropsiquiátrica (y diferentes etiquetas más) por así (mal)decirlo solo hay diagnosticadas y no-diagnosticadas de esquizofrenia. Los grupos de apoyo de los *hearing voices* cuentan con un gran grupo de psiquiatras, psicólogas y demás profesionales de las ciencias sociales. A nivel académico se forma para asesorar este tipo de decisión, la de convivir con las alucinaciones auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles, más los delirios posteriores. Además de este refuerzo profesional, entre ellas ya han hecho varias publicaciones de manuales de como convivir con tus alucinaciones. Tienen su mayor peso en el activismo político del no-diagnóstico de la "enfermedad" mental. Dentro de estos grupos se dan casos en los que solo toman una pequeña dosis ajustada de medicación psiquiátrica cuando están en proceso de crisis y cuando vencen a la crisis, vuelven a abandonar la medicación pautadamente en el tiempo. También las hay, que ni con crisis ni sin ella, nunca toman medicación. Es una decisión libre y, al no consumir siempre medicamentos, no participan de forma exagerada a ampliar los beneficios de la industria farmacéutica.

También podemos ver como hace poco se ha abierto un Hospital Psiquiátrico de Åsgård, en la ciudad de Tromsø en Noruega, que desde la entrada anuncia su particularidad "*medikamentfritt behandlingstilbud*", "tratamiento libre de medicamentos", consigna impulsada por el propio ministerio de salud del país y que, entre otros propósitos, busca explorar otras formas de tratar la mente y sus trastornos. La alternativa consiste, dicho con brevedad y simpleza: en escuchar a la paciente. La directora de la institución describe así la especificidad de esta perspectiva: "Es una nueva forma de pensar. Antes, cuando las personas buscaban ayuda, se les daba siempre a partir de las necesidades de los hospitales, no de aquello que las pacientes querían. Estábamos habituados

a decir a las pacientes": "*Esto es lo mejor par ti*". Pero ahora les decimos: "*¿Qué quieres en realidad?*". Y ellas pueden decir: "*Soy libre. Puedo decidir*".

El jefe de los servicios psiquiátricos del Hospital Universitario del Norte de Noruega, añade: "*Tenemos que considerar que la perspectiva de la paciente es tan valiosa como la de la médico. Si las pacientes dicen que esto es lo que quieren, por mí está bien. Se trata de ayudar a las personas a que sigan adelante con sus vidas, y de la mejor forma posible, y nosotras deberíamos ayudar a las personas a seguir, tomando medicamentos si es lo que quieren, y respaldarles si quieren intentarlo sin medicamentos. Deberíamos hacer eso posible.*"

El debate que se crea delante de este tipo de alternativas en el modo de tratamiento es muy parecido a lo que se ve cuando hay un cambio de paradigma que amenaza a traspasar. Pero si esto funciona bien, todo el sistema de salud mental tiene que cambiar. Esto transformaría el sistema.

Si la psicofarmacología no llevara consigo intrínsecamente la llamada fármaco-enfermedad, los efectos contrarios que te producen las drogas psiquiátricas, nosotras, las locas, no veríamos con tan malos ojos a la psicofarmacología y seríamos más partidarias de su consumo. El ideal sería poner la salud mental al servicio de la comunidad, con una democratización de la industria farmacéutica, donde fuera nacionalizada por el estado (o mejor aún: colectivizada por las consumidoras) y que esta industria no tuviera el beneficio económico del que actualmente goza. Por otra parte y si se diera tal cosa, deberíamos apoyar igualmente a todo tipo de personas que dijeran "No a la medicación". Deberíamos de ver la no-normatividad como algo normal, con toda la fuerza de la capacidad y el potencial personal y la libertad de cada una de vivir su experiencia como ella quiera. Pero para ello habría que combatir el privilegio de la normatividad de una forma con bastante fuerza y combatividad, para tolerar a todo tipo de realidades.

LA PELEA POR LA LIBERTAD ES TERAPÉUTICA

Guion:
Joan Panadès
Dibujo:
Hugo Rojo

"- ¿Algún familiar sufre de enfermedades mentales?
- ¡No, doctor! Todos parecen disfrutarlas"
Chiste popular

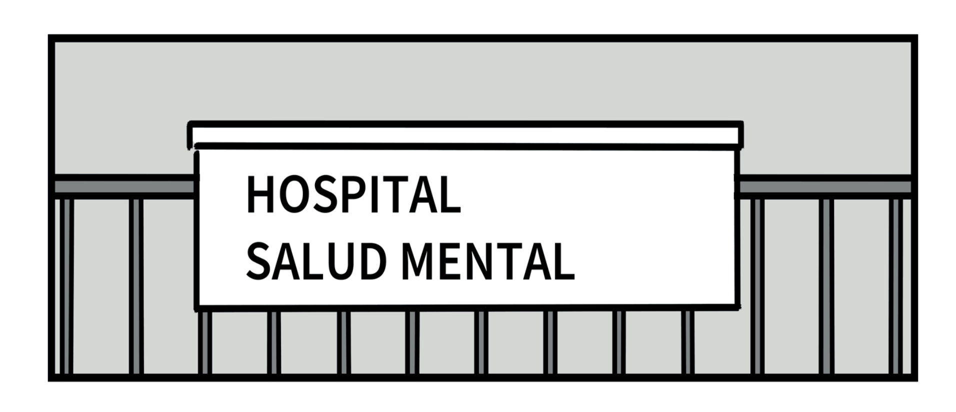
"Si me dieran a elegir, prefiero hablar con un esquizofrénico que con un psiquiatra"
Anónima

"En general, la gente tiende a dar por hecha la existencia de las prisiones. Es difícil imaginar la vida sin ellas. Sin embargo, existe una resistencia a enfrentarse a las realidades que esconden, un miedo a pensar en lo que sucede dentro. De esta manera, las cárceles están presentes en nuestras vidas y a la vez, están ausentes de ellas. Pensar esta simultaneidad de presencia y ausencia es empezar a reconocer el importante papel que juega la ideología a la hora de configurar el modo en que interactuamos con nuestro entorno social. Asumimos que las prisiones son inevitables, pero a menudo tenemos miedo de enfrentarnos a las realidades que producen. Después de todo, nadie quiere ir a prisión. Y precisamente porque sería demasiado angustioso lidiar con la posibilidad de que cualquiera, incluidos nosotros mismos, pudiera convertirse en recluso, tendemos a pensar en las cárceles como algo desconectado de nuestras vidas. Esto nos ocurre incluso a algunos de nosotros, tanto mujeres como hombres, que ya hemos experimentado el encarcelamiento.

Así que pensamos en el encarcelamiento como un destino reservado a otros, un destino reservado a los -malvados-. (…) La cárcel, de este modo, funciona ideológicamente como un emplazamiento abstracto en el que se deposita a los indeseables, descargándonos la responsabilidad de pensar sobre los problemas reales que afligen a aquellas comunidades de las que los reclusos son separados en un número desproporcionado. Éste es el papel ideológico que juega la prisión, nos exime de la responsabilidad de enfrentarnos seriamente con los problemas de nuestra sociedad, especialmente con aquellos producidos (…) de manera creciente por el capitalismo global"

Angela Davis, ¿Las prisiones son obsoletas? (2003)

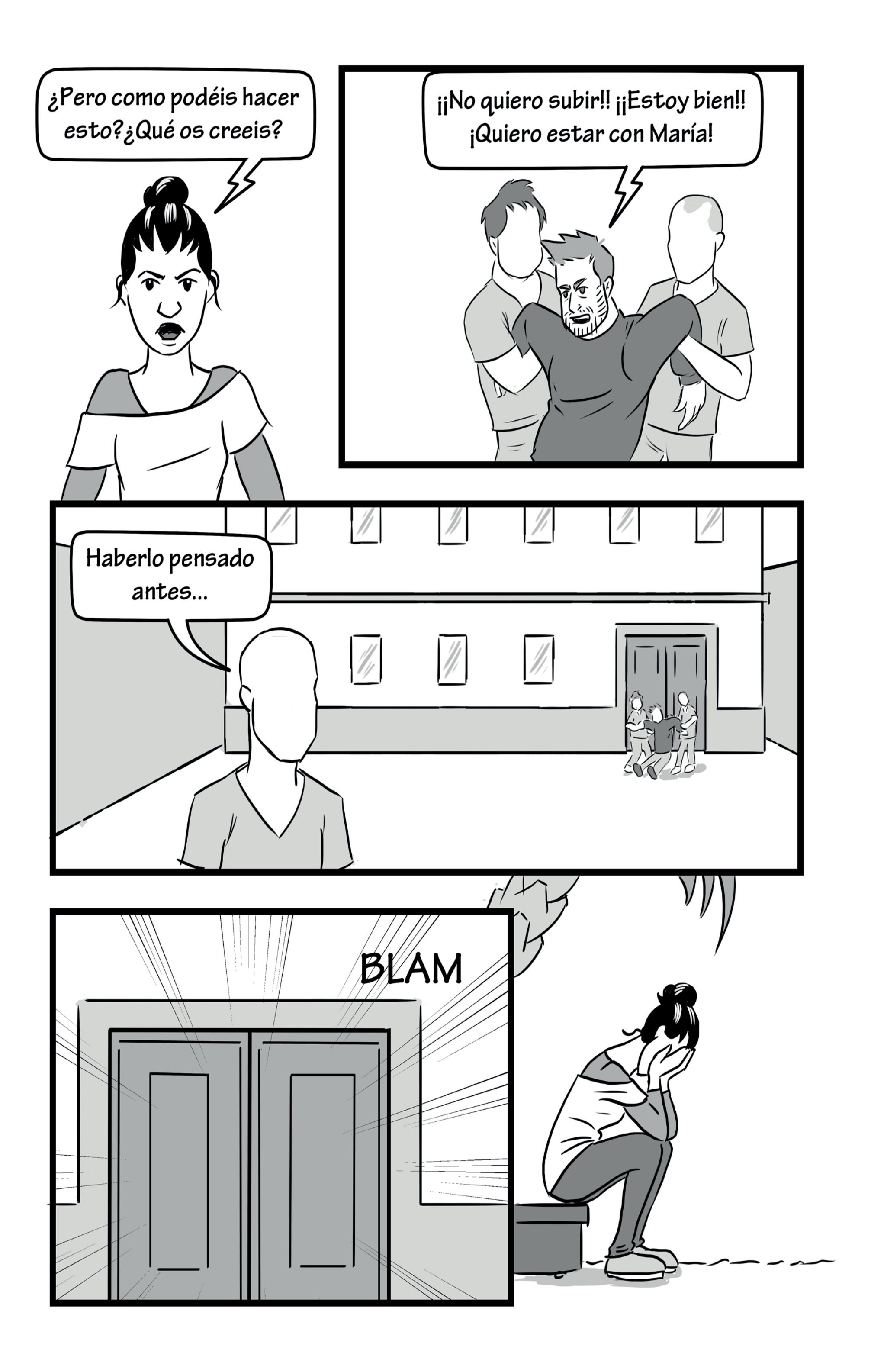
LUNES



HOSPITAL
SALUD MENTAL


María, eres un oasis dentro de esta cárcel institucionaria
Debería haberte conocido antes, Miguel
¿Me dejas darte un beso pasional?
Eso no se pregunta, se hace


No lo puedo creer pero al psiquiátrico le voy a deber tanto toda mi vida...
¿Pero qué...?
Aquí no se pueden dar besos ni muestras de amor, lo sabéis y habéis quebrantado las reglas
Miguel, subirás al piso y te castigamos sin derecho a patio 3 días


¿Pero como podéis hacer esto?¿Qué os creeis?
¡¡No quiero subir!! ¡¡Estoy bien!! ¡Quiero estar con María!
Haberlo pensado antes...
BLAM



No te preocupes María, lo verás al cabo de unos días

María, esto es pasajero

Gracias

MARTES


Martes, 06:00h




¡Isaac despierta!

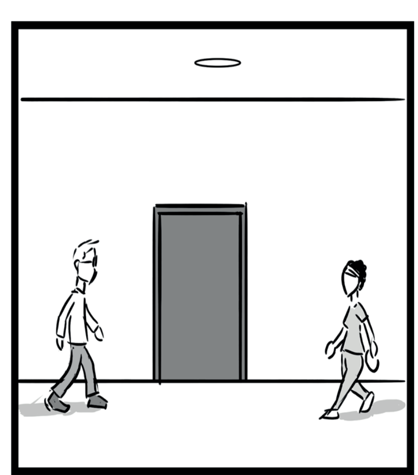

¿Mmm?


Tenemos que hacerte un análisis, tienes que mear


WC
No puedo mear
Te vamos a meter una sonda
No, por favor


¡¡CABRONES!!
No tenéis moral


22:00




Toma


Estos calzoncillos no son mios
je je


PLOF

MIÉRCOLES

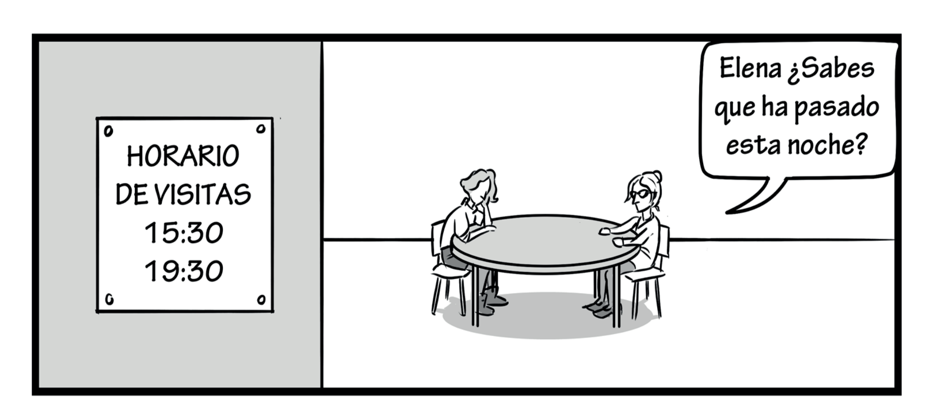

13:00


¿Te has meado?
Sí




¡¡Ahhhhh !!
¡¡Noooooo!!


BLAM
Que débil me siento...


HORARIO
DE VISITAS
15:30
19:30
Elena ¿Sabes que ha pasado esta noche?


¿El que? ¡Mama?
Se ha muerto esta noche una señora que le habían aplicado TEC ayer, de derrame cerebral

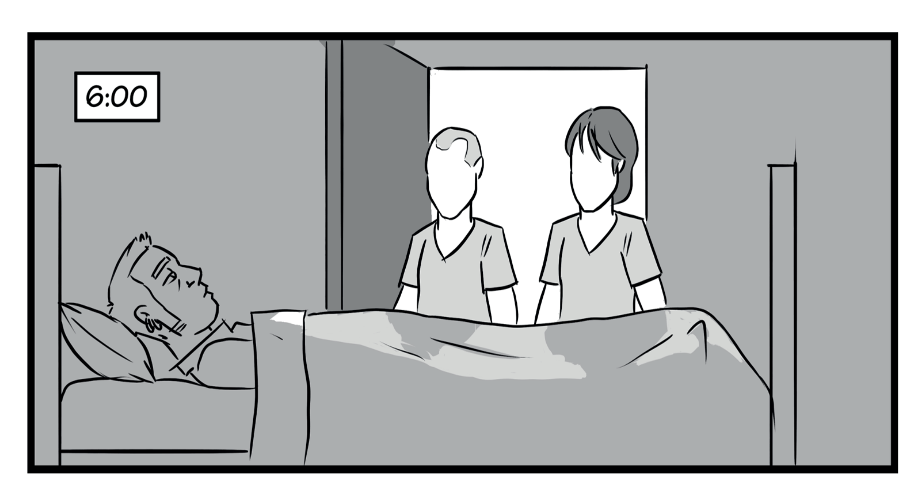

¿Sí? El TEC es barbarie
Lo hablaré con Jorge porque le están aplicando el TEC a él

Comedor, 19:30

¿Sabes lo que ha pasado esta noche, Jorge? Se ha muerto por derrame cerebral una señora a la que le aplicaban el TEC



JUEVES


6:00


No me llevéis, me niego a que me sigais aplicando el TEC
Eso lo tendrás que hablar con tu psiquiatra


Lo hablaré pero no me muevo de aquí, no me voy a dejar


Pfff... adiós


11:00
PSIQUIATRA
Hola ¿Qué hacéis tres psiquiatras aqui si solo te tengo a ti?
Mira, estábamos los tres para hablar sobre el TEC
Si te niegas, aunque estés bien mentalmente, te ingresaremos durante un año y seis meses en subagudos, tú decides que hacer
No me voy a dejar, el TEC es tortura

El TEC como la lobotomía, al cabo de los años estará prohibido, de aquí a cincuenta años estará más que prohibidísimo. Os denunciaré por un abogado de DDHH y os llevaré a juicio si me lo seguís aplicando

De aquí cincuenta años tú estarás muerto

Os lo repito, os denunciaré

Aquí se ha acabado la reunión

Hasta luego... y desde luego

VIERNES

13:30

¿No comes?

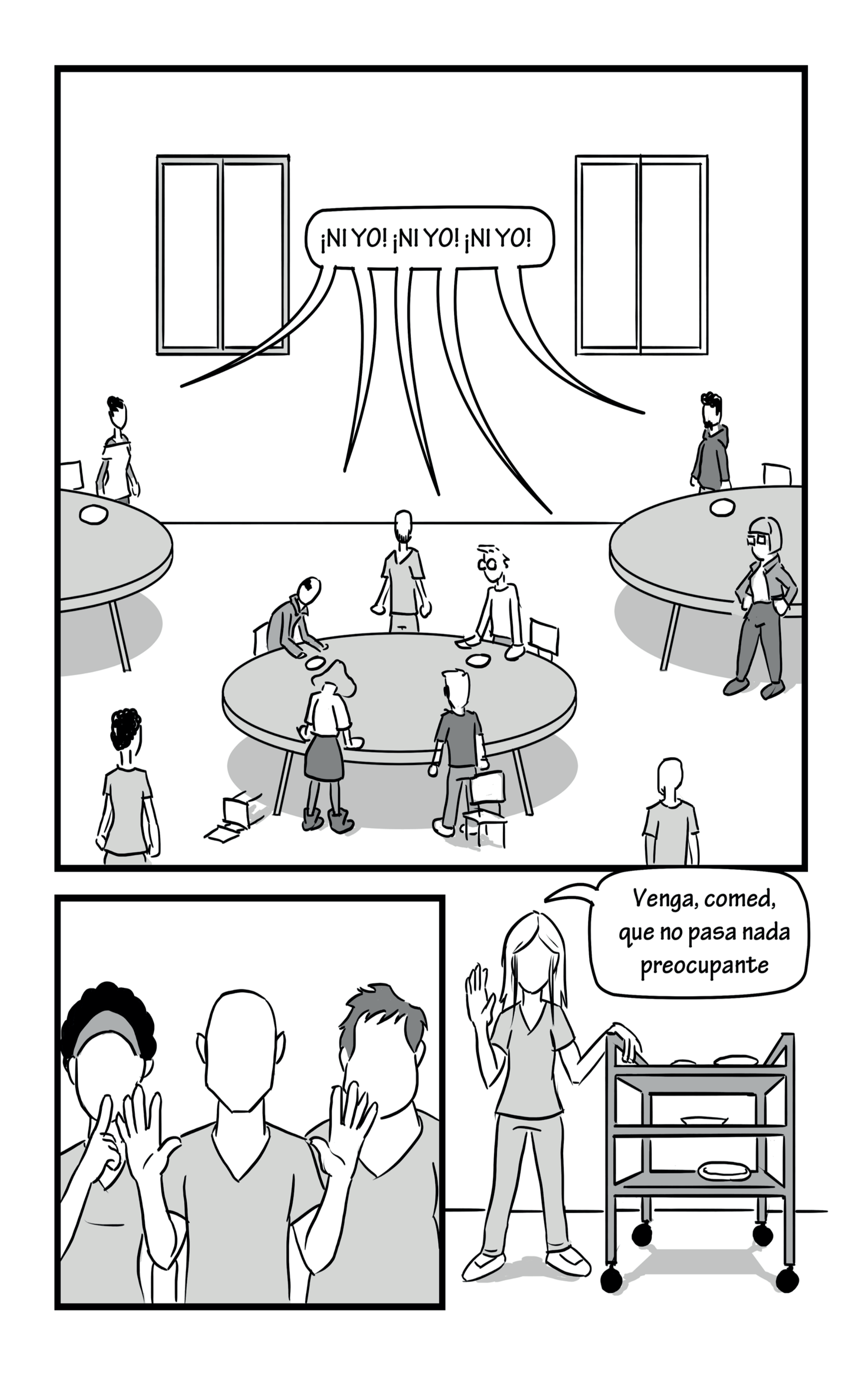



¡O comes por las buenas o por las malas!
¡¡AHHH!!¡ME HACES DAÑO!!




¡Yo no voy a comer!


Yo tampoco
¡Ni yo!


¡NI YO! ¡NI YO! ¡NI YO!
Venga, comed, que no pasa nada preocupante


¡Ya hemos sufrido bastante! ¡Es hora de decir no!
¡Que os den!¡No podréis conmigo!
¡Ni mucho menos con todas nosotras!


¡Voy a llamar a las psiquiatras!
ENFERMERÍ
¡Deja a las psiquiatras que estén en su casa!¡Que no son horas que trabajen!




¡Fuera!

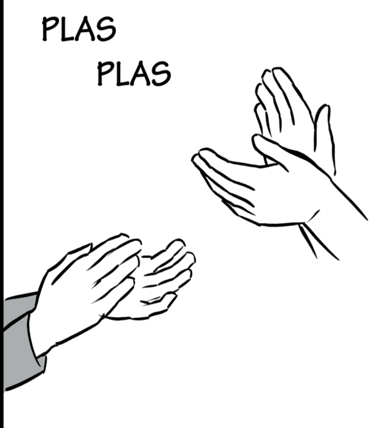
¡Oid familia! ¿Quién ha dicho que no tenéis derecho a patio?

Venid con nosotras ¡Uníos a la fiesta!




Soy el primero en hablar en colectivo por la única razón de daros las gracias a todas.
HOSPITAL
SALUT MENTAL


Me estaba agrediendo el auxiliar de enfermería y repito:
¡¡Muchas gracias!!


PLAS
PLAS


Me habéis devuelto a mi amor, a Miguel, que estaba castigado en el piso de arriba



Finalizando la asamblea...

¡Se van a enterar estas! ¿Alguna palabra y propuesta de acción más? ¡Familia! ¡Ya han pasado 3 horas desde que comenzamos la asamblea!

¡Hay muchas cosas que hacer!

Venga, que siga la fiesta

Solo hay paz en los cementerios, en el psiquiátrico no






Voy a mirar por la habitación, a ver que nos puede servir. Ahora iré a los demás despachos con las otras y eliminaremos todos los archivos. No te olvides de conectarte a internet y hacer el llamamiento
Ahora voy, me conectaré al email y redes sociales


Expando la noticia en todes mis contactos y páginas de redes sociales de que: "estamos haciendo un motín en el psiquiátrico, os avisamos a todos los movimientos sociales de la provincia de la zona para pedir apoyo"


ERMERÍA



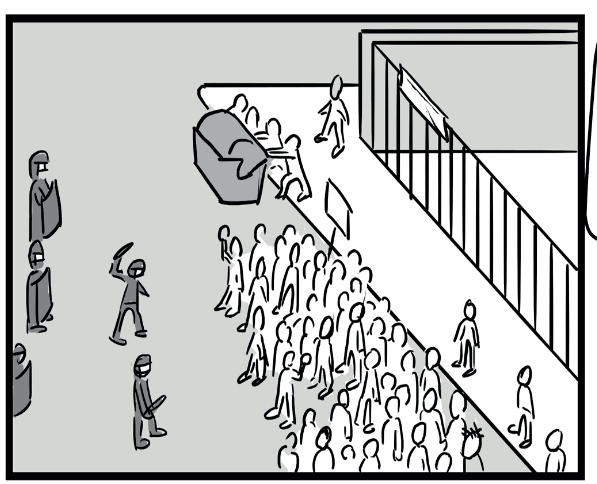

He encontrado un mechero
¡De fábula!





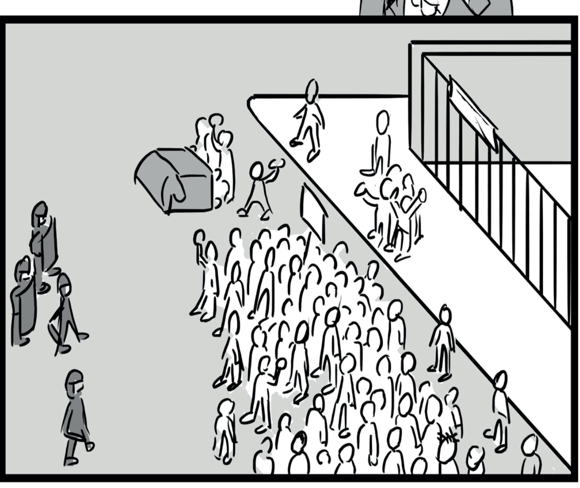
¡Cuidado! ¡Que golpeo la cámara!

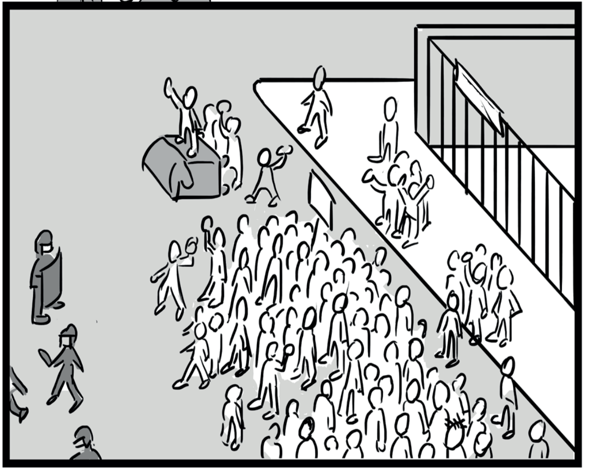

1 hora mas tarde
¿Se oyen sirenas de policía?
También se escuchan impactos de piedras
Estamos frente al psiquiátrico donde se ha desatado una batalla campal entre antisistema y antidisturbios de la policía. Están utilizando barricadas, piedras, cócteles molotov y lanza cohetes de pirotécnia contra las fuerzas del orden. Es el resultado del llamamiento solidario, lanzado a través de redes sociales por las pacientes del psiquiátrico




Como se puede observar no hay suficientes efectivos policiales para hacer frente a esta situación.


Cada vez hay más manifestantes, hay miles y miles, y actúan por la libertad de las psiquiatrizadas






¡La policía se ve desbordada!


HOSPITAL
SALUT MENTAL
¡Oid pacientes! ¡Sois libres! Podéis salir, hemos vencido a las fuerzas del orden y os acompañaremos en el delirio en un refugio de salud mental que vamos a okupar ¡Nos cuidaremos entre todas!
HOSPITAL
SALUT MENTAL


¡¡VIVA EL PUNK!!
ULTIMO RESORTE

ACLARACIÓN// EXPLICACIÓN:

Las ilustraciones son del gran dibujante Hugo Rojo, ¡gracias!

Decir que la primera fase del cómic, es decir, los malos tratos, coacciones, chantajes, abusos de poder y agresiones físicas. Se basa en hechos verídicos que pasan habitualmente en todo psiquiátrico, no son hechos aislados, es la cotidianidad de esta institución disfrazada de hospital.

Y al final del cómic si se ha decidido liberar a las psiquiatrizadas para que encuentren un verdadero refugio y se cuiden mútuamente, es porque la arquitectura de los complejos psiquiátricos está pensada para la sumisión y el control. Es cierto que, siguiendo a David Cooper y Franco Basaglia, se podría haber optado por un final en el que el espacio físico del psiquiátrico albergara una Comunidad Terapéutica que transformara la institución, desinstitucionándola. Pero -como ya se ha indicado- se ha creído que no era la solución terapéutica más conveniente, porque es una arquitectura hecha para dominar. Puesto que, por lo mismo que no se puede mutar una cárcel penitenciaria en un lugar de residencia para personas sin techo, entonces la única salida es destruir el espacio psiquiátrico y construir algo nuevo con una arquitectura que invite a la hermandad y al cuidado.

CRÍTICA Y EXPERIENCIA PROPIA DE Y EN UNA TERAPIA MULTIFAMILIAR

"Recuerdo haber pensado en una oportunidad que los esquizofrénicos son los poetas estrangulados de nuestra época."
David Cooper, Psiquiatría y antipsiquiatría (1967)

¿Hay algo peor que hacer terapia con un mal terapeuta?
Sí, cincuenta personas haciendo terapia con un mal terapeuta.
Germán Tomás

Sucede que la manera en la que las relaciones se dan dentro de una familia, siendo estas relaciones reflejo de la sociedad en la que vivimos, en la cual reina un sistema de dominación de élites, dichas relaciones suelen ser relaciones verticales, siendo las hijas las que han de obedecer a sus progenitoras, siendo ésta una forma de jerarquía de lo más común. Las relaciones de opresión que se dan dentro de las familias generan sufrimiento y, si estas relaciones no son analizadas y cuestionadas, este sufrimiento es difícil de gestionar y más en el mismo entorno familiar.

Años atrás en 1972 el antipsiquiatra David Cooper escribió un libro llamado *La muerte de la familia*, en el que hace una sagaz reflexión en cuanto a la familia y la locura y cómo la estructura jerárquica familiar hace mella en nuestro ser y nos daña. Recientemente Paris Williams escribió una serie de artículos en los que trata sobre cómo la reforma psiquiátrica que transformó los manicomios en que las usuarias de los mismos volviesen a vivir con sus familias ingiriendo grandes dosis de medicación psiquiátrica devino a que el debate sobre las relaciones familiares y las crisis se paralizase.

Desde hace un tiempo y dentro de las instituciones estatales están surgiendo distintos tipos de terapias, las cuales se

consideran como alternativas al sistema psiquiátrico vigente. En los últimos años, el psiquiatra Javier Sempere aparece como figura de prestigio en esta forma de terapia que se presenta como alternativa e impulsa espacios en distintas ciudades del Estado español.

Hace unos meses participé en una de esas sesiones. Para ello suscribí el compromiso que se exige de confidencialidad y la aceptación de ser grabado en vídeo para sesiones internas del equipo de profesionales. Respetando estos compromisos y, dado que en el curso de la sesión hubo una serie de cuestiones que me suscitaron ciertas inquietudes, hago las siguientes reflexiones.

Para iniciar la sesión, entramos en una sala grande en donde ya había unas veinticinco personas sentadas en círculo. La persona que empezó a facilitar la sesión no se presentó inicialmente como facilitadora de la sesión, pero preguntó a las nuevas asistentes quiénes éramos. Se dio por entendido que su función en la sesión sería retomar los hilos para que

no se perdiera el sentido de las conversaciones y darle un carácter terapéutico al conjunto. Más tarde supe que el equipo facilitador lo formaban una psiquiatra y una psicóloga. Junto a ellas estábamos personas psiquiatrizadas, sus familias y algúna que otra trabajadora de salud pública y de servicios sociales que afirmaban estar ansiosos por “aprender de vosotras” y que guardaron silencio durante toda la sesión.

Desde el equipo de facilitación, Javier Sampere, psiquiatra, interpelaba activamente a quien estaba callada en la sesión e incluso, por iniciativa propia, sacaba a relucir experiencias traumáticas que al parecer había tratado con esas personas en sesiones anteriores. El diálogo era muy rápido, casi se solapaban las experiencias de una persona y de otra. El discurso general que parecía quererse instalar estaba marcado por intervenciones del tipo “Hay que ser feliz, si quieres puedes, todos tenemos baches en nuestra vida pero podemos salir de ellos, querer es poder, etc.” Es decir, todo estaba en

nuestras manos, en la fuerza que como individualidades teníamos para cambiar cómo nos sentíamos.

A algunas personas se les notaba claramente incómodas o incluso violentadas por el hecho de estar allí y de esas maneras. Yo trataba de imaginarme en su piel, recordaba los tiempos en mi adolescencia en los que tuve una crisis y me preguntaba qué hubiese sentido si de repente hubiese ido con mi familia a estar delante de tantas personas desconocidas, pero de mi pueblo, a poner en público y sin mayor cuidado mis sentires y pesares, mis miserias, etc. Seguramente alguien me hubiera dicho "esto es por tu bien", que es la frase que nos suele decir quien nos quiere ayudar pero no sabe cómo.

Durante y al salir de la sesión sentí mucha frustración, indignación y malestar por lo allí vivido, así que decidí reflexionar sobre la experiencia y de ahí surgió la necesidad de realizar este texto con la intención de compartir mi visión sobre esta terapia.

Todo parece estar en la individualidad, en su familia, si se quiere, se puede; ¿si no puede, será que no quiere?

Una terapia llena de consignas de animosa interpelación positiva que individualizan el sufrimiento de forma en la que todos los factores mas allá de lo individual (sociales, económicos, políticos...) quedan obviados al responsabilizar, en exclusiva, a la persona que sufre de su propia recuperación y hacerla sentir mal si la recuperación no sucede, o tarda (más de la cuenta) en ocurrir. Cero cuestionamiento del papel patriarcal en la familia nuclear, cero cuestionamiento de los tiempos que vivimos, pocas en cuanto a número y poco profundizadas las críticas a los efectos de la medicación y a la industria farmacéutica que sustenta los malestares que producen.

Estos mantras Paulocoelhístas, dignos de ser eslóganes de campañas de refrescos que quitan la sed pero dañan nuestra salud, nos son repetidos hasta la saciedad cuando no nos encontramos bien. Mantras que escuché en uno u otro for-

mato en la sesión de Terapia Multifamiliar a la que asistí. (Multis, como la llaman desenfadadamente estas trabajadoras de la salud mental).

Detrás de estas sesiones que se presentan a sí mismas como terapias hay mucha tela por cortar. ¿Quién decide que sea la psiquiatra quien dirige la sesión? ¿Alguien cobra por estar en la sesión? ¿A quién se dirige la gente cuando habla? Éstas y otras cuestiones abiertas demuestran la falta de horizontalidad y de trabajar en colectivo que conllevan las terapias multifamiliares. El no decidir en colectivo lo que se hace dificulta que se colectivice el malestar y se haga propio y común. La poca intención de que cambien las tornas impide que cuestionemos el sistema dominante, en el que el individualismo con su mirarse al ombligo no nos deja hacer propio el dolor de la persona que tenemos al lado. La falta de horizontalidad rompe con la empatía y el compromiso que, de hecho, sería la fortaleza de estos grupos. Esto no quiere decir que no esté bien que alguien los dinamice, pero debería hablarse de cómo y escoger quién lo hace; puede que sea mejor que el grupo lo dinamice alguien que haya pasado por unas circunstancias similares, que seguro que las hay, y no alguien que pretende ser sana y "curar" a las demás.

La familia puede ser generadora de represión, frustración, etc, pero también continua siendo el espacio de mayor contención y cuidado que en muchos casos solemos tener. Supongo que a la hora de plantearse una terapia familiar habrá que valorar si la familia en cuestión puede ser un espacio de cuidado, capaz de reflexionar sobre su posible papel como causa o no evitación del problema o sufrimiento o, por el contrario no ser un espacio de cuidado y por tanto cuestionar el papel que la familia está teniendo en nuestras vidas. Crear vínculos afectivos a través de colectivos autogestionados de supervivientes de la psiquiatría o de redes informales (amistades, compañeras de curro, vecindad...) fortalece el no tener que depender de la familia.

Sí, éstas son las nuevas alternativas a la psiquiatría, pues alternativas son ya que tienen el mismo resultado que tiene la psiquiatría hegemónica. Porque cuando dos caminos van al mismo destino, por pocas piedras que parezca que tenga uno de los caminos, el destino va a ser el mismo y a veces, los tropezones de las piedras del camino por el que tardamos más en llegar, nos hacen ver más claro donde tenemos que poner los pies para pisar y volver a andar. Con esto vengo a decir que, si lo mas parecido a que nos organicemos las supervivientes a la psiquiatría es que una psiquiatra guíe las sesiones en las que participamos, mal vamos. Mal vamos porque si no mejoramos con esta terapia, creeremos que algo nos pasa a nosotras que ya no tiene solución y quizás nos lanzemos hacia la psiquiatría convencional con los ojos cerrados, pensando que nosotras por nuestra cuenta, poco podemos hacer. Cuando estamos en un estado de tristeza profunda, no encontrándole un sentido a la vida, quizás lo mejor no es compatir nuestro malestar con un grupo de desconocidas, ni tan siquiera con nuestra familia. Y mucho menos que se nos anime a hacerlo.

¿Cuánto se ahorrará papá Estado con que cincuenta personas hagan una terapia con dos o tres profesionales a la semana? Sobre este tema un compañero ya escribió un artículo en cuanto a las terapias que ya vienen de los movimientos sociales y quehaceres populares y cómo éstas pierden su fortaleza al pasar a manos del sistema estatal. Ya no hace falta que nos hagan recortes, nos recortamos nosotras mismas. *¡Colabora con la policía, golpéate a ti misma!* Decía aquella pegatina punk.

Texto reflexivo escrito por Germán Tomás, miembro de la Xarxa GAM

Nota escrita por Xarxa GAM: Este capítulo viene a reflexionar sobre las terapias que se organizan desde la institución con una visión progresista, no son la panacea, no es la solución real a nuestros problemas, básicamente porque una misma no se hace propia la terapia como sujeto activo. Pensamos que sí que es un avance al poner encima de la mesa la terapia psicosocial como mayor perspectiva de mejora y dejar en tercer lugar la medicación psiquiátrica pero hay alternativas, como son los GAM horizontales, en los cuales se combina compartir el sufrimiento con actividades lúdicas y también el poder tener a una profesional “psi” con tu mismo enfoque político-social que nosotras podemos decir que existen.

FILOSOFÍA SOBRE LOS GRUPOS DE APOYO MUTUO

"Loco es aquel que de alguna manera decide no participar, no someterse y no acepta vivir en el mundo llamado normal sino en otro mundo, que lamentablemente se ve reducido a ser su mundo exclusivo. La locura se convierte entonces en refugio para las fuerzas interiores autónomas. Despierta la posibilidad de alcanzar "ciertas revelaciones trascendentales". Pero también se mezclan matices de auto castigo, pues en su intento de liberarse de la opresión exterior levanta sus propios muros que lo aíslan de los demás. De todo esto se deduce que no puede ser la curación aquello a lo que aspira el alienado, mientras la curación signifique incorporarlo al mundo del que ha logrado escapar."
"Antonin Artaud el enemigo de la sociedad", Aldo Pellegrini

"Si somos unos "locos", nuestra locura no es dulce, es la locura de querer vivir, de negarnos a someternos al trabajo asalariado, de romper el círculo de base de la banalidad, de utilizar todas las posibilidades de encontrarnos a nosotros mismos, de abrirnos y de reunirnos para mejor afirmar la autonomía de nuestros deseos insatisfechos por el capital"
Comandos Autónomos Anticapitalistas, Enero de 1979

El saber positivista establece, arropado en su legitimación y justificación "científica", una serie de medidas técnicas para el cuidado en todos los órdenes de la vida obligadamente segmentada, incluso para las llamadas "crisis" de la llamada "enfermedad" mental. También provee de todo un repertorio de técnicas que fomentarían la salud o el posible reestablecimiento.

En la Xarxa GAM hemos llevado una práctica a contracorriente de esta concepción implícita de la "enfermedad" mental (en adelante locura) y de su hacer correspondiente. Nos propusimos, desde el principio, cuidarnos mutuamente

a contracorriente de los valores y el hacer que, entendíamos, nos habían hecho desfallecer (no enfermar, sino caer debilitados), invirtiéndolo de raíz y, por ello mismo también, entendiendo que las llamadas crisis no eran sino la manifestación más disruptiva de un mismo malestar que pretendíamos abordar como un proceso de reconstrucción personal y política a través de lo colectivo, construyendo lo común, a contrapelo del capitalismo y sus valores individualistas.

Una crisis no es sino una parte, un momento de un proceso de la propia vida personal inscrita en la historia de una persona. Abordar la crisis como una entidad, incluso aunque esté ésta orientada en una tipología del deseo, no entraña sino un encubrimiento de esa historicidad y la negación de su experiencia. Aplicar en esta situación una batería de medidas implica negar la escucha a lo contingente, a la experiencia pasada y presente y también a la propia experiencia que en la

Xarxa hemos acumulado en nuestro hacer común. Nosotras partíamos de que, para podernos cuidar, teníamos que conocernos, que sin conocimiento no podía haber cuidado, que si podíamos cuidarnos era porque habíamos establecido un conocimiento entre nosotras y una vinculación como compañeras que nos permitía saber qué podía ayudarnos a estar mejor. No es un conocimiento esotérico, ni especializado, ni tan siquiera técnico el que nos ha permitido ayudarnos y cuidarnos para ganar fortaleza, sino el conocimiento, desde el compromiso y los valores del hacer no-capitalista, el que ha hecho posible ese apoyo y cuidado mutuos.

Cuando pensamos en disponer de un refugio para atender estas crisis de las compañeras, estábamos pensando en cómo abordar esos momentos en el caso de compañeras que, por su situación familiar, requirieran de un lugar alternativo que les evitara el ingreso, así como de disponer de un espacio propio para la Xarxa. El problema que teníamos era que algu-

nas familias solucionaban (y a veces provocaban) estas crisis, mediante ingresos involuntarios, creándose dinámicas viciadas de resolución de conflictos por la vía del ingreso forzoso. No pretendíamos pues, crear un psiquiátrico alternativo, otra institución segmentada especializada en una técnica que hubiéramos depurado nosotras con nuestro hacer, no era eso. Pretendíamos tener un lugar para aquellas compañeras que no disponían del apoyo necesario para resolver sus conflictos en casos extremos o viciados familiarmente y que terminaban por caer, forzosamente, en el psiquiátrico con el consiguiente perjuicio personal.

Desde el principio establecimos que el conocimiento comprometido y el cuidado cotidiano, mediando la vinculación de compañeras, era nuestra tarea, tarea que entrañaba un trato y colaboración con las familias, amigas y otros vínculos que nuestras compañeras pudiesen tener. Si una compañera desfallecía debíamos tejer los apoyos para sostenerla en esa situación, buscando la colaboración familiar, de sus amigas y otros vínculos que pudieran ayudarle a sujetarse en esos momentos. No pretendíamos tener un lugar propio hasta que se nos planteó como un problema, en algunas compañeras, para solucionar esas crisis de manera que no supusiera el encierro forzoso, pero señalo para evitar equívocos que, su mera posesión tampoco aseguraba que pudiéramos prestar una alternativa al ingreso forzoso pues no sabíamos, si llegado el caso, seríamos capaces de prestar el apoyo necesario para solucionar la crisis. Éramos ya entonces conscientes de que todo ello dependería de las fuerzas con las que contáramos para abordar una solución alternativa, de la disponibilidad de tiempo y de cómo hiciéramos las cosas.

Si planteáramos una escala de sufrimiento desde la más desamparada hasta la más rica en recursos para solucionarlo, empezaríamos desde aquellas compañeras cuyo sufrimiento es tan grande que su propio cuerpo tiende a desaparecer y ob-

tienen un gran alivio con el contacto corporal que les aporta el abrazo; no ya consuelo, sino sustento y manifestación de prueba de su propio cuerpo que no alcanzan siquiera a sentir. Se trata de compas que han pasado por el psiquiátrico y están fuertemente intoxicadas y casi carecen de capacidad de diálogo. El grado medio estaría representada por aquellas, que aún dependiendo de la presencia corporal, priorizan el compañerismo y la amistad del vínculo que les damos, aunque aún no tengan recursos intelectuales para salir de su situación. El grado máximo sería el de aquellas que, aún valorando la presencia y contacto corporales y más aún la amistad, son capaces mediante la comprensión en la palabra, de obtener un cierto consuelo que desate la tensión de su malestar. Las compañeras que se encuentran en esta última tesitura no suelen caer y su malestar está canalizado en nuestros encuentros, aunque puede ser, sin embargo, que la comprensión mediante la palabra de un hilo del sufrimiento de una compañera coadyuve en la resolución de su crisis.

Pues bien, ante las dificultades del sufrimiento, muchas compas tratan de encontrar una solución técnica que les permita imaginariamente solucionar su malestar, incluso copiando fórmulas de las disciplinas “psi” y pretendiendo su aplicación a la Xarxa. Pero nosotras, sin negar el saber de tales técnicas, no aplicamos técnica alguna que no sea el compromiso personal y político, tratando a nuestras compas como amigas y comprometiéndonos en su cuidado desde el compromiso anticapitalista. Nosotras en la Xarxa no hacemos ciencia ni pretendemos hacerla y cuestionamos que se pueda hacer con las disciplinas “psi”. Nosotras hacemos política, politizamos nuestro malestar y damos soluciones políticas a través de ese compromiso en el cuidado mutuo. Aprendemos juntas desde lo más personal hasta tejer y construir lo común en la experiencia del cuidado. No tenemos un repertorio pues, de técnicas para aliviar el malestar y evitar la locura, sino que sabemos que, el generalizado malestar so-

cial capitalista, a través de sus líneas de fractura social (clase, género, raza, elección de objeto...), se encarna en nosotras mediante el sufrimiento y, lejos de buscar una solución individual, lo socializamos y tratamos juntas de comprenderlo y cuidarnos a través de esa comprensión colectiva. Atentas a la escucha, a la contingencia, sabiendo que no hay solución universal que no sea política pues, el malestar, a través de las líneas de fractura social, nos constituye y no podemos eludirlo, pero sí afrontarlo desde la potencia de lo colectivo y la fortaleza personal que vamos ganando en tal proceso común.

Nuestras herramientas son las propias de compañeras vinculadas en el compromiso del cuidado mutuo con valores y haceres contrarios al capitalismo y sus dominaciones. No tenemos un saber especial, menos aún técnico, que transmitir. El saber que reunimos y acumulamos es concreto, fruto de nuestra experiencia y vinculación y abierto al cambio y la contingencia. Buscamos un refugio cuando no tuvimos otra opción que buscarlo para determinadas compañeras, pero no para aplicar una batería de medidas sorda y ciega ante lo que pudiera suceder y menos aún aplicable por cualquiera. Entendemos que la comunidad y sus saberes son los adecuados para cuidar de una persona que pasa por un período de gran sufrimiento y que, si no es posible, esta imposibilidad expresa el grado de descomposición de los vínculos comunitarios y sus saberes propios, hoy perdidos. Precisamente estos vínculos y saberes son los que nosotras nos propusimos reconstruir sobre criterios anticapitalistas, pues sabíamos que es el capitalismo, a través de las líneas de fractura que lo canalizan, el que provoca el sufrimiento que pretendemos paliar y lograr revertir en fortaleza. El saber que nosotras acumulamos no lo puede aplicar cualquiera, sino que es el resultado de nuestra vinculación, realizable por compañeras. Puede estar inspirado en otro hacer, pero no copiar para su aplicación.

Nuestro objetivo es ganar fortaleza poliética y su correlativa autonomía político-personal, no sanar de una posible enfermedad. Es más, desprenderse del desdoblamiento ontológico y generador de dependencia crónica de la "enfermedad" mental, forma parte de la adquisición de esa conciencia poliética y supone un grado de fortaleza, lo suficientemente grande, como para vencer la presión social que ejerce la ideología hegemónica que así tiende a considerar los malestares sociales, tras encapsularlos en etiquetas diagnósticas. El hecho de que las compañeras partan y se hallen en diferentes procesos nos aboca a la contradicción y nos obliga a un debate político constante, reflejo de prácticas muy distintas para abordar el malestar. Este debate no se resuelve de manera teórica, sino en el mismo hacer del grupo, ganando autonomía político-personal desde el ejemplo que supone la fortaleza y su virtud en el ejercicio de la generosidad. Los valores anticapitalistas no son, a este respecto, un adorno innecesario, sino que constituyen una necesidad para

construir esa autonomía poliética que tratamos de ganar en contra del destino del diagnóstico que condena a las compañeras a la subordinación y a la heteronomía. El proceso colectivo tiene un carácter inevitablemente dialéctico, no ya sólo por estar concebido en contra de la ideología dominante, sino por cómo esa ideología, feroz y muy violenta en su imposición en el ámbito de la salud mental, se encarna en nosotras cuando afrontamos la tarea de cuidarnos desde posiciones de muchísima debilidad y dependencia social.

En el proceso colectivo, esa lucha ideológica feroz, nos obliga a ser muy prudentes en nuestro cuidado, evaluando siempre la correlación de fuerzas para abordar los cambios, no ya sólo por el respeto que, entre nosotras, tiene la libre elección (respeto que refuerza la autonomía, incluso ante errores graves), sino por el ambiente, normalizadamente hostil y violento, que nos envuelve y que naturaliza intervenciones heterónomas muy violentas y legitimadas socialmente.

Nuestros valores son inspiradores para nuestro hacer pero, atendiendo a esa prudencia, sabemos y debemos distinguir entre las distintas posiciones ideológicas que se materializan en el ámbito de la salud mental, señalando cuál es, en cada momento histórico, la contradicción principal y la enemiga principal y sabiendo pues, trazar una política de alianzas para abordar un campo más, especialmente delicado dada la vulnerabilidad de las afectadas, de la guerra social del capitalismo. Un capitalismo que sabemos nos constituye y que reproducimos desde todas las esferas de la vida social, sin territorio exento, con el que tenemos que luchar, en nuestro caso, desde una mayor vulnerabilidad y reconocida contradicción. Un capitalismo que extiende, inexorablemente, el malestar social mediante la precarización, la destrucción de los vínculos sociales y su subsunción en la representación espectacular. Para ello, fomenta la atomización y encapsulamiento "psi" del malestar social consiguiente y que, en el caso de la salud mental, está hegemonizado hoy día por la farmaindustria y su paradigma biologicista, cuyo afán ilimitado de beneficios no deja de aprovechar ese malestar incontenible para arrojar por la ventana la historia y las experiencias personales mientras mantiene a las personas atrapadas en su propia vulnerabilidad y aumenta sus beneficios con toda una batería de pastillas entontecedoras y peligrosamente tóxicas.

Pero aunque el capitalismo haya conseguido encapsular el malestar así extendido en cada una de nosostras no existe, sin embargo, una solución individual al sufrimiento que provoca. Hemos aprendido que es precisamente rompiendo la membrana estanca del diagnóstico que prescribe destino y compartiendo nuestro sufrimiento, saliendo de nosotras y yendo al encuentro de las compañeras, como se vence el malestar, colectivamente, compartiéndolo, hallando lo común y desde el común cuidado. Sin embargo, dada la variedad de los procesos personales, no ejercemos los mismos cuidados a todas las compañeras, de igual modo que nuestra organi-

zación ha ido variando a lo largo del tiempo adecuándose a nuestras necesidades colectivas. La Xarxa comenzó con una estructura de grupos, cada grupo debía contar entre cuatro y seis personas pues concebíamos que más supondría una dificultad para trabar los vínculos y ejercer el cuidado entre las compañeras. Nos reuníamos (y aún lo hacemos) en círculo, como iguales, sin jerarquía entre nosotras y podíamos establecer una moderadora rotativa que llevase turnos y tiempos. Nuestra misma práctica hizo superfluo este paso y muy pocas veces hemos recurrido a su uso. Además de los grupos, una vez al mes teníamos una asamblea, a la que podían asistir todas las miembros, que decidía las cuestiones de carácter estratégico, grupos de estudio abiertos a personas no afectadas y, cada dos meses aproximadamente, teníamos una reunión con el anillo, aliados de la Xarxa con los que colaborábamos pero cuya vinculación no era como afectadas (colaboramos con psiquiatras y psicólogas críticas, trabajadoras sociales, personas comprometidas en este ámbito...). La misma experiencia nos llevó a abandonar la confección de grupos y a adoptar una estructura mucho más flexible, caleidoscópica, presta a la mutación organizativa, dúctil a las necesidades colectivas según se incorporaban nuevas personas y al trato con otras con las que teníamos una relación mucho más informal. Lo que no hemos cambiado han sido nuestros valores y haceres anticapitalistas y nuestra horizontalidad, así como las reuniones de asamblea, grupos de estudio y anillo. Hemos aprendido que la flexibilidad organizativa y el cuidado centrado en la persona, concreto y construido colectivamente, nos dotan de mayor potencia (capacidad de hacer) que la mera repetición de esquemas organizativos de las organizaciones militantes y medidas estandarizadas de cómo cuidar al margen de nuestro proceso colectivo y personal. Los que sí han mostrado ser muy orientativos y útiles han sido los valores antipatriarcales, anticapitalistas y antiautoritarios que adoptamos pues, sin ellos, no habríamos podido cuidarnos en nuestras asimetrías ni construir una organización en

común y para lo común desde la diferencia y la vulnerabilidad extremas permitiéndonos la creatividad, la escucha a la diferencia y la autocrítica necesarias que hemos podido desarrollar para nuestros propósitos.

Una organización jerárquica aunque su propósito, pretendidamente, sea abordarlo, reprime el malestar social y sus pseudosoluciones reproducen la heteronomía y expresan, ineludiblemente, el malestar que declaraban combatir, patente en la dependencia y la forzada homogenización. Lo mismo cabe decir de toda organización que acalle las líneas de fractura social que estructuran el capitalismo como sociedad de explotación y dominación. La atención al malestar, inspirados por principios antiautoritarios, antipatriarcales y anticapitalistas, nos ha permitido desarrollar un hacer en constante escucha y criba, dando y creando soluciones colectivas espoleados por la potencia de la democracia comunista; esto ha sido así a pesar de nuestro bajo nivel de debate ideológico y nuestra escasa formación política. Hablo de democracia comunista, abierta a todos los comunismos no-autoritarios, para referirme a una democracia que no se limita, meramente, a superar el trámite procedimental que la justificaría sino que, se constituye como necesidad de las de abajo en su lucha por la vida; como única forma política que permite la potencia colectiva plebeya y cuyo ejercicio ya entraña una reparación. La democracia comunista anticipa, siquiera sea parcial e imperfectamente, el comunismo al intentar construirse desde la cura de las fracturas sociales que nos constituyen, no al margen de las mismas, sino sobre su escucha crítica (en continua criba y reelaboración). Esta democracia no supone que todas les miembros de la Xarxa sean comunistas, pero sí que se respeten, como orientadores de su hacer común, sus principios democráticos sin ningún particularismo.

Los miembros de la Xarxa partíamos, como se ha dicho, de situaciones diferentes que entrañaban objetivos disímiles. Ya se ha señalado que esta asimetría llamativa entre compañeras suponía afrontar, necesariamente, un debate ideológico sobre nuestro propio hacer constante, pero además, la extrema dependencia y debilidad de las compañeras nos ha obligado a reflexionar sobre la autonomía y a cuestionar la forma habitual de concebirla. Nuestro objetivo era y es ganar fortaleza, es decir, ganar autonomía poliética pero, precisamente por partir de la heteronomía y la debilidad, por organizarnos para revertir dicha debilidad desde lo comunitario, se nos ha abierto la posibilidad de comprender, con otra perspectiva, la autonomía personal. Hemos cambiado la concepción que, previamente, teníamos acerca de cómo se erige la autonomía personal; autonomía ilusoriamente concebida de modo solipsista sin tener en cuenta sus fundamentos materiales, esto es, comunitarios, de cuidados colectivos que la construyen y levantan y que incluso, una vez levantada, la sujetan. Dada su vulnerabilidad, no es ni puede ser al margen de les demás, no puede afirmarse independientemente de las otras que no han dejado de constituirle y de las que depende. Es la misma ontología y antropología liberales del capitalismo la que provoca, mediante sus líneas de fractura, desagregación competitiva y aceleración nihilista, el desfallecimiento masivo bajo su manifestación encapsuladamente individual, como desfallecimiento "psi" individualizada.

Nuestra experiencia de grupo como Xarxa de cuidados nos hizo aprender que somos sujetos relacionales, que dependemos unas de otras, que estamos hechas a escala social, comunitaria, tejido conectivamente unas a otras, que dependemos unas de otras para poder erigir nuestra autonomía. Nos dimos cuenta de que nuestra autonomía es posible sólo a partir de una comunidad de cuidados, que es la base sobre la que se erige y que, una vez levantada, no se deja de estar ligada, ontológicamente, necesariamente, a las demás. Con

muchísima mayor sutileza y rigor filosófico, Judith Buthler y Adriana Cavarero, en diálogo, concluyen lo mismo (y trazan una genealogía filosófica alternativa para fundamentarla) que parte de Levinas. La vulnerabilidad es una contingencia vital que el capitalismo exponencia y produce estructuralmente, precisamente y entre otras razones, por su propia concepción liberal antropológica que atomiza las relaciones sociales, dinamitando los vínculos que sostienen conectivamente a la individualidad, que la sujetan socialmente. El capitalismo especulativo se caracteriza por su voracidad sin límites en su mercantilización totalitaria que, unida a su antropología liberal desagregadora, atomizante, señala a lo comunitario como objeto de privatización y mercantilización, pero también como sujeto en todas sus esferas. Son estas condiciones extremas, aceleradas, de mercantilización las que provocan el desfallecimiento masivo, las que caracterizan a esta sociedad como una 'sociedad terapéutica' tal y como la ha caracterizado Santiago López Petit.

La escucha en el apoyo mutuo en nuestras reuniones de grupo y actividades, mediante la reverberación, nos ha iluminado sobre nuestra propia dependencia y vulnerabilidad, el sustrato común sobre el que aprender cómo desfallecemos y cómo nos recuperamos, la materia colectiva de la que estamos hechas. Desde esta concepción comunitaria, relacional de la ética, como sujetos tejidas a escala colectiva y de vínculos necesarios para erigir nuestra autonomía, conscientes de nuestra vulnerabilidad constitutiva, hemos ido haciendo en común desde diferentes posiciones de malestar y dependencia, sabiendo que los objetivos, dadas nuestras diferentes posiciones, debían ser correspondientemente distintos (para algunas se trataba de bajar la medicación, otras dejarla, para otras ingresar menos, otras no ingresar nunca más...). Hemos construido una organización mediante el apoyo mutuo, construyendo lazos amigales fuertes, como compañeras comprometidas en el cuidado, nos hemos dado apoyo en lo

cotidiano, cuidándonos en el día a día y también en lo excepcional del ingreso, yendo a apoyar en visitas y organizando el apoyo comunitario a la compañera desfallecida, nos hemos apoyado como comunidad en la adversidad de la precariedad, ante los ahogamientos económicos nos hemos dejado dinero, hemos formado una caja de la Xarxa, hemos comido juntas y hemos realizado actividades comunes, charlas de difusión, programas de radio... todo ello nos ha hecho ganar fuerza, autonomía en el hacer común y potencia colectiva. No podíamos cambiar el capitalismo, el mundo entero, pero sí hemos demostrado que podemos cambiar nuestra forma de relacionarnos, estableciendo vínculos de compañerismo que son un hacer diferente del hacer mercantil, extendiendo este hacer poliético a otras relaciones comunitarias de cuidado, constatando que ese otro hacer común hace posible la vida y la fortaleza.

Volviendo al caso de las crisis y su ilusorio abordaje de una manera técnica, incluso de una manera técnica depurada por el propio grupo, supongamos que una miembro de la Xarxa entra en crisis, cuando así sucede puede quemarse y arder durante un tiempo o quedarse congelada, fría, como un hielo triste, un carámbano silencioso suspendido en su propio vacío. También cabe la posibilidad, peor aún, de que arda o se hiele y estalle luego como un cristal hecho añicos, incapaz para su propio autoreconocimiento personal, totalmente fragmentado. Pongamos que tenemos la desdichada suerte de que la compañera arda y delire quemándose y abrasando su entorno en su propia autocombustión.Ya Freud señaló que el delirio (un grano del mismo, concedía hurañamente) es una llamada a la comunicación, pero lo es de modo fallido porque la compañera, al tiempo que pide ser auxiliada, quema en el contacto. Su sublevación, esa protesta rotunda y radical, esa impugnación a la perversa racionalidad social dominante, osada y absoluta, de titán, sin embargo, es una sublevación fallida porque entraña el sufrimiento per-

sonal y colectivo. El titán, por su propia autocombustión y consiguiente sufrimiento, deviene tarde o temprano en una figura extremadamente heterónoma y patética que puede apagar su vida hasta asimilarse a un objeto silencioso y frío, de hielo. ¿Qué hacemos con una compañera que arde? Podemos seguir las instrucciones que nos dictó en caso de que se viera en tan desdichada tesitura, pero muchas veces esas instrucciones no sólo no ayudan sino que agravan su malestar porque pueden ser *desideratums* o ideas inadecuadas respecto a su bienestar en tales casos. Podríamos seguir las que hemos colegido nosotras, las que supuestamente hayamos depurado, pongamos por caso que hayamos colegido la conveniencia de no discutir sus delirios, ¿lo haremos siempre, ante todo delirio? ¿lo haremos todas las compañeras y todos sus vínculos, también las personas desconocidas a las que instruiremos en tal sentido? ¿Le llevaremos a un lugar aislado o le dejaremos en su entorno, en cualquiera de ambos casos, esa decisión será, *per se*, la adecuada en cualquier circunstancia?... se podría seguir ramificando las preguntas para mostrar la inadecuación de un pretendido abordaje técnico que si se impone socialmente en el psiquiátrico es a base de una violencia, legtimada socialmente, que acalla, obligadamente, el malestar que diera origen a la crisis.

Una crisis, antes que nada, es la manifestación de la inmadurez de la Xarxa o de un fracaso colectivo pues, nuestra tarea, es prevenir desde el hacer del grupo antes que tener que abordar una situación de sufrimiento tan extrema. A diferencia del abordaje técnico nosotras planteamos un abordaje político, inspiradas en nuestros valores y en el hacer aplicado hasta el momento de los mismos, juzgaremos en primer lugar si disponemos de fuerzas para posibilitar a la compañera un acompañamiento en su malestar y si fuera el caso cuáles son los límites de ese acompañamiento, límites de tiempos, compromisos, carácter de esos compromisos, tareas a realizar cada caso concreto debe suponer un abor-

daje distinto que dependerá de las fuerzas que dispongamos y que debe ser permeable en su contenido a la escucha permanente, flexible en sus soluciones y sincero en sus propias limitaciones.Para nosotras es fundamental la sinceridad ya que si podemos construir nuestros vínculos, como tales vínculos seguros, que aporten firmeza y no insegura ambigüedad, es sobre la base de la sinceridad mutua, sobre la base pues de la verdad, que precisa como tal del reconocimiento de los cauces que adopta el sufrimiento, esto es, de sus líneas de fractura y de la creciente aceleración nihilista que imprime el capitalismo a nuestras vidas en pos del beneficio creciente. Nosotras decidimos reunirnos para detener esa aceleración y prestar atención a la escucha, para reflexionar juntas sobre nuestros malestares y encontrar lo común más allá de las etiquetas diagnósticas que pretendían explicarlos sobre su mismo cierre solipsista.

Construimos lo común en la escucha lenta y paciente de nuestros malestares para salir de los mismos colectivamente, no para reproducirlos sobre un abordaje que reafirmara su individualidad diagnóstica, la misma que encerraba nuestro sufrimiento y nos condenaba a la impotencia. La tipología diagnóstica, incluso la más afilada, oculta el conflicto subyacente, común, al malestar social y su demencial acelerador nihilista para centrarse, a lo más, en la formalidad que adopta el sufrimiento como ruina pretendidamente acabada; el sujeto fracturado, que es producto de ese mismo malestar, pero que se nos muestra en la tipología hipostasiado en esencia diagnóstica. Introducir el deseo para construir y comandar esa tipología, si no se advierte el trasfondo histórico del mismo y su radical politicidad, no deja de suponer sino una idéntica sustracción de lo común a todo sujeto, la negación de su experiencia y del reconocimiento de su inscripción histórica, una experiencia histórico-personal cuya despolitización entraña una naturalización, si no biológica, igualmente abstracta y con su misma potestad para crear

destino, naturalizada más allá de su conflictividad política. Las compañeras muchas veces cantamos nuestras etiquetas, pero nunca las mismas son capaces de explicarnos, de decir quiénes somos y por qué sufrimos, incluso, aunque se añada el goce de nuestros síntomas, estos se nos muestran como hipóstasis ahistórica, sobre un erial de impotencia clínica, ajenas a su conflictiva configuración constitutiva. La tipología desprecia la politicidad de nuestras vidas en beneficio de un tiempo vacío y homogéneo, arroja al sumidero nuestra politicidad con nuestras propias vidas que devienen esencias, incapaces de transformación. Pero a nosotras sí nos interesa , y mucho, el conflicto que ha dado lugar a tales sufrimientos, no su formalidad pretendidamente final y cerrada desde su mismo origen, sino la propia historia personal, inscrita en la historia que la produce porque, es en ella, donde encontramos que el malestar constitutivo es común y que incluso su peculiaridad tipológica manifiesta una politicidad específica, negada, en la que se nos muestra también el conflicto social.

La tipología oculta el conflicto, previamente opacitado en el diagnóstico, al naturalizarlo en esencia y lo canaliza, consecuentemente, como gestión “psi”, atomizado, ajeno a sus determinaciones históricas y sociales; incluso, si atiende al deseo, lo captura y retrata en su caricatura formal más grotesca, muerto como un fósil, ajeno a su dúctil creatividad y desconectado de todo cuestionamiento político que permita entenderlo en la protesta que expresa. Es precisamente esa protesta, esa sublevación fallida, la que la tipología pretende eclipsar normalizando una realidad política perversa mediante su atomización patológica, es decir, encerrando la hegemónica perversidad social en el sujeto como sujeto patologizado, la sociedad no existe y si esta no interviene ni se cuestiona en su constitutiva fractura y nihilista aceleración mercantil. La masificada praxis psi no puede ocultar sin embargo que se trata de un ejercicio de control social a gran escala, un sistema de silenciamiento masivo del malestar

social operado desde las multinacionales, los organismos internacionales de la salud y los estados que sirven fielmente a sus intereses. El triunfo de las disciplinas "psi" es consecuente con la dominación neoliberal y su ontología solipsista, centrada y fundamentada en la individualidad, de igual modo que su manifestación más brutal en su asocialidad ahistórica, hoy hegemónica, el biologicismo, expresa el retroceso en décadas de las fuerzas antagonistas al capitalismo y el dominio absoluto que sostiene el capital financiero especulativo sobre el mundo.

El capitalismo financiero especulativo es abiertamente nihilista, no sólo está destruyendo el planeta, sino también las propias sociedades imperiales en las que basaba antiguamente su hegemonía de dominación sobre otros pueblos explotados del Sur y los recursos del mundo. Su ciego nihilismo precisa de la extensión e imposición de su ontología individualista, negadora de la sociedad y su carácter matriz como generadora de las mismas individualidades, hasta el punto de corroer con su lógica mercantil todos los vínculos comunitarios y de solidaridad de los pueblos. La sociedad thatcherista, como mera agregación de individuos ególatras, ha sido impuesta y cada sujeto debe hacerse valer en el mercado global como empresaria de sí misma, convertida en mercancía y valorizar adecuadamente sus recursos para obtener su ganancia. Cada sujeto precisa su propia autoexplotación y valorización de todo su ser, sin restricciones, pues las nuevas tecnologías obligan a una total disponibilidad, en todo momento, más allá de la teórica jornada laboral y en todas sus manifestaciones, sin esfera exenta, pues hasta el ámbito emocional debe ser explotada o puesto en valor como mercancía. Este proceso de mercantilización tecnototalitaria se opera en correlación con una generalizada precarización y una obligada aceleración de los desplazamientos y las comunicaciones. En este contexto histórico de disolución corrosiva de las comunidades el sujeto, desamparado de sustento social, del

tejido comunitario que lo sostenga, se muestra especialmente vulnerable y quebradizo, pero el capitalismo no detiene su corrosión pues obtiene también beneficio de esa fractura, del generalizado malestar, promocionando sus drogas, no importa su escasa efectividad y peligrosa toxicidad, en su espiral ciega de beneficio ilimitado.

La actual política imperial, ciega y decadentemente belicista, incapaz ya de aprehender y conquistar territorios, centrada en los drones y los bombardeos generalizados que causan cientos de miles de muertos civiles y millones de refugiadas, no trae ninguna paz y sí provoca efectos mucho más devastadores y una inestabilidad creciente. Esa política imperial decadente e ineficaz es enteramente concordante, a escala, con el biologicismo "psi", que tampoco aprehende ni soluciona el malestar subjetivo, al contrario, igual que el actual imperialismo decadente, se muestra llamativamente incompetente en esta tarea (si exceptuamos sus tranquilizantes menores y sus somníferos, eficaces aunque tóxicos, el resto son un catálogo de drogas-placebos altamente idiotizantes y peligrosísimas por su deleterea toxicidad). Al igual que el ciego belicismo armamentista del bombardeo indiscriminado y el dron el biologicismo, pese a su ineficaz y contraproducente bombardeo químico, reporta también beneficios crecientes resultando ser así, consecuentemente, el paradigma "psi" hegemónico en la actual fase de decadencia nihilista del capitalismo pues es acorde con la ontología solipsista liberal y con los beneficios ampliados de la farmaindustria, una de las más lucrativas, si exceptuamos la propia especulación financiera, junto a las drogas ilegales, la mencionada industria armamentista, la prostitución y trata de mujeres y los saqueos, privatizados o por despojo, de los bienes comunes de los pueblos.

Como el actual imperialismo nihilista, del que es su manifestación a escala, el biologicismo no se detiene por su

ineficacia y su destrucción social pues sí resulta eficaz en lo único que importa, el beneficio de los grandes oligarcas (los bancos y las multinacionales).

La consulta "psi", con su masificación creciente por el generalizado malestar y los recortes, sin tiempo, a lo más unos minutos por paciente para la escucha, con la omnipresencia constante de visitadores comerciales, es el lugar obligado de la reproducción del paradigma biologicista de la farmaindustria, incluso las no escasas profesionales de la salud que se le oponen se ven abocadas a su misma práctica, recetar pastillas y, si acaso alargar la escucha con su propio tiempo personal. La "enfermedad" mental se implanta y refuerza en la consulta, con el diagnóstico y la receta como fórmula para cumplimentar la atención. Incluso esta masificación y ausencia de contacto es más determinante que la propia formación médica del experto "psi", que pareciera que dispusiera concluyentemente las cosas, pero el ejemplo

de las décadas pasadas, preeminentemente psicológicas en su abordaje, nos informa que no es lo más determinante. No hay tiempo, nunca lo hay, pero sí muchos, interminables pacientes que esperan ser atendidas y encontrar alivio a su sufrimiento. Si penoso es el calvario de la profesional convertida en legalizado camello pastillero mucho más lamentable es el de la "consumidora" de tales pastillas. Escuchar a las compañeras, a cualquier persona que toma pastillas "psi", en especial los tranquilizantes mayores, es transitar por un calvario monstrenco bioquímicamente inducido, no siento el cuerpo, no tengo sexo, me da igual todo, no puedo pensar, no puedo leer, no puedo prestar atención a nada, no siento nada, no puedo dejar de comer, no puedo dormir, no puedo dejar de dormir, tengo vómitos, no puedo estar quieta, tengo siempre sueño, no puedo moverme, estoy envuelta en gelatina, estoy siempre cansada, me siento y deseo levantarme, me tumbo y deseo incorporarme, estoy de pie y deseo tirarme en la cama, tienes síndrome extrapiramidal, por mala mezcla

de pastillas, hay otra pastilla para eso también... la pastilla, las pastillas centran la consulta, explican y justifican todo, la pastilla crea su propia conducta enajenada, pero como un agujero negro biologicista absorbe hacia sí en su pseudoexplicación toda conducta y toda experiencia de la paciente, también retroactivamente porque, efectivamente, el sujeto ha devenido paciente, a lo más termostato del repertorio farmacológico, al que únicamente debe exigirse un buen y cuidado afinamiento en sus sensores, en su sensibilidad para ajustar convenientemente sus neurotransmisores y los tranquilizantes para mantener el metafísico ajuste bioquímico, de por vida, porque una vez clasificada, enclasada en la tipología diagnóstica, hay que tomar las pastillas toda la vida, la "enfermedad" mental prescribe consumir drogas "psi" hasta morir.

El mercado debe cebarse ampliadamente con nuevas pacientes aseguradas por el mismo malestar social que masivamente los provoca y reconduce por este cauce silenciado, pero además se fideliza de por vida mediante el diagnóstico, amarrando a los sujetos a su pasividad de pacientes que pacen paciente y resignadamente sus pastillas. La experiencia personal en la historia y todos los sujetos que la encarnan desaparecen en la pseudoexplicación biologicista para imponerse el relato mitológico de los agentes bioquímicos, que a modo de dioses farmacológicos, dominan la vida pasiva de la paciente que padece inerte su ser gobernado. El agujero negro biologicista no sólo ha absorbido la luz esclarecedora del conflicto en la locura, sino que con ella ha absorbido la propia vida, dejando como un desecho de su despojo explicativo al paciente, sensor del ajuste bioquímico (mediando la taumatúrgica receta del camello "psi") y a la enfermedad diagnóstica como férrea e incuestionable realidad del manual dignóstico. Existe la enfermedad incurable, hasta la muerte y la paciente que debe padecerla con ajustada pasividad mediante la ingesta consumista de drogas tóxicas. Una

vez que se ha operado el enclasamiento diagnóstico y sus correspondientes recetas los relatos de la experiencia pasan a ser gobernados por las distintas pastillas en sus luchas interminables por ajustar y desajustar la vida en el campo de batalla inerte del paciente y su enfermedad de manual de diagnóstico incurable. Las técnicas psi nos avisan, emulando al estólido emperador del imperio nihilista, que la santa guerra será infinita, para toda la vida, pero que la ingesta masiva de bombardeos bioquímicos no se detendrá ante la derrota asegurada y lo catastrófico de sus efectos.

El manual de incurables diagnósticos, logrado por consenso pragmático-cupular en la comunidad "psi", al modo de un comando parapolicial de orden público, sin base científica alguna, provee del repertorio de burdas empirias que marcan el grado de lo posible de la paciente, performando el curso de su destino diagnóstico. Cuando el proceso del paciente se desvía de su grueso recorrido la evidencia de su incompetente e infundado juicio no es cuestionada, sino que se reformula, a modo de nuevo epiciclo, como un diagnóstico errado, un nuevo encapsulamiento diagnóstico se encarga de corregir, una vez más, el paradigma biologicista negando la experiencia y su dúctil trayectoria para seguir manteniendo, pese a su evidente ruina teórico-práctica, la existencia trascendental de la "enfermedad" mental y la iglesia farmabiologicista que administra su santa cruzada infinita en la Tierra. Ninguna evidencia, por reiterada que sea, debe entorpecer la ganancia ampliada del capital y al paradigma que provee su cobertura. El paradigma cuenta con un libro revelado, el manual de incurables diagnósticos, fuente de sagrada legitimidad social que sin embargo requiere ser continuamente renovado y reescrito para acometer el silenciamiento del generalizado malestar, recogiendo sus últimas manifestaciones, peligros, sensible y receptivo siempre a las exigencias de las nuevas mercancías-basura de la farmaindustria.

La fe en la generalizada “enfermedad” mental no se intenta sostener en la afirmación de los procesos bioquímicos cerebrales, sino en la inversión explicativa de éstos como tales procesos hipostasiados y etiológicamente creadores de la conducta. En su transustanciación, pues de procesos acompañantes, implícitos, como correlatos a escala bioquímica de la conducta y prácticamente moldeados a su escala por ésta, a su total independencia de aquella y su consiguiente reversión en su fundamentación como pretendidas pruebas de la existencia de la “enfermedad” mental. Sin embargo, finalmente, a falta de una verdadera demostración, pese a las tan continuas como fallidas profecías “científicas”, se debe remitir como autoridad, siempre, al revelado manual de etiquetas diagnósticas. El manual diagnóstico perfila, constantemente, la pléyade creciente de deidades malignas y su iglesia farmabiologicista labora desesperada y fantasiosamente por adjudicarles una correspondiente vía pseudoexplicativa. La vía biologicista, sin embargo, responde como estrategia político-comercial que es, en su conjunto pseudoexplicativo, al objetivo del beneficio de la farmaindustria y al silenciamiento social del generalizado malestar.

Cuando alguien arde nunca se explica por qué, a lo más se esboza cómo, pero es precisamente el motivo lo que nos interesa, lo que da cuenta del sustrato común, del conflicto que aviva las relaciones sociales, de lo común que nos constituye. A nosotras sí nos interesa el conflicto, saber qué disidencia se expresa en ese malestar que pone en su protesta la propia vida como combustible, como negación del orden social, de la propia vida sometida a ese orden social destructivo. Nos interesa poner ese conflicto en común, hacerlo aflorar, comprender la disidencia social que expresa, su razón social de ser. Sabemos que las líneas de fractura social generan sufrimiento que ceba a su vez la locura. No pretendemos negar el saber “psi” pero sí descentrarlo, darle un nuevo lugar explicativo y sacarlo de las relaciones comunitarias. El saber técnico

"psi" tiende a colonizar las relaciones y no sólo empobrece reductivamente la experiencia, sino que además la despolitiza, impide su abordaje desde la potencia de lo colectivo, invirtiendo su causalidad al darle una lente microscópica individualizante y solipsista para contemplar lo que es un fenómeno social, masivo, con un filtro que desmoviliza la energía del conflicto desactivándola en síntoma, deviniendo enfermedad, encerrada en el sujeto. Pero los conflictos, aunque se expresen individualmente, son colectivos, atienden a una tectónica social silenciosa que emerge individualmente, como intersticio colectivo, como falla o desagregación del tejido conectivo social, por divergencias sociales, por el desgaste y fracturación, por sufrimiento, de tales divergencias. El conflicto se manifiesta como impugnación individual absoluta al orden social, a su mismo lenguaje y lógica, aunque sea en el fondo, en su recorrido, consecuencia de una tectónica colectiva, de choques, de contradicciones sociales.

Nosotras no queremos silenciar el conflicto, sino entenderlo desde lo comunitario, desde la potencia del vínculo colectivo, desde su politización. El feminismo ha desenmascarado el carácter político, de género, de la histeria y ese mismo sesgo de género es apreciable en otras nuevas clasificaciones diagnósticas en las que prevalece la pasividad o la emotividad. Nos interesa saber por qué arden las personas, por qué aunque arden individualmente y no juntas y al mismo tiempo advertimos que las razones son sociales y su incidencia masiva. Nos interesa saber por qué arden las compañeras, construir un relato de sus malestares, hallar una explicación desde lo cotidiano, sin acudir a instancias mitológicas o desdoblamientos ontológicos que producen desresponsabilización político-moral. Al contrario, sabemos que es fundamental recuperar la responsabilidad político-moral de nuestras vidas, que no es la culpabilización individualizante que realiza el capitalismo y su ideología cínico-competitiva para justificar su barbarie de explotación mercantil y su marginación social

(desresponsabilización político-moral complementaria y correlativa a la ideología "psi" y especialmente al biologicismo y su mitología ontológica). Asumimos el compromiso de la responsabilidad poliética en el propio cuidado personal y colectivo como compromiso militante, como proceso político de autonomía político-personal. Queremos entender el conflicto no para ocultarlo, sino para afrontarlo desde su politización en común, colectivamente. Nos interesa saber el por qué del malestar, el relato descriptivo que entienda su proceso y sus momentos en la inscripción político-biográfica de la historia social y también nos interesa el cómo del malestar en la medida en que da cuenta de una politización también inadvertida, opacada y naturalizada tras el diagnóstico... La psiquiatrización despolitiza el malestar de modo generalizado formateando la "forma" de la "paciente" como sujeto apolítico y pasivo, objeto del bombardeo mercantil-farmacológico, esta forma paradójica en tanto que tiende a su propia inmovilidad, es imprescindible abordarla para politizar, responsabilizar nuestras vidas y ganar autonomía, para adquirir una verdadera forma en tanto que capaz de hacer, pero además, es también necesario politizar específicamente el perfil diagnóstico concreto (o sus cambiantes diagnósticos) en la medida en que el mismo pueda expresar un malestar específico.

No pretendemos pues hacer ciencia, sino reflexionar sobre la práctica y cribar en la práctica colectiva esa reflexión de la propia experiencia, en continua elaboración. El saber de la Xarxa es un saber práctico, militante, es un saber de la filosofía de la praxis, no un saber técnico. Tiene pues un sentido político, enraizado en lo comunitario y liberador, encaminado a ganar potencia personal y colectiva, a poder cambiar nuestras vidas desde lo común. La politización a la que hacemos alusión es la que considera la vida cotidiana como campo de acción y transformación político-personal, no es pues la concepción institucional de lo político de la

clase dominante y sus "élites" que con carácter aristocrátizante consideran la política como la acción en las instituciones del estado de la clase política, que guiada por un saber técnico (para ellas pretenciosa y mixtificadoramente "científico") aplica sobre la inerme sociedad sus medidas técnico-políticas, la sociedad a lo más legitima la política con su ritual espectacularizado del voto. No es la política de esa representación falsaria, propia de la sociedad del espectáculo del capital financiero especulativo militarista la que nos interesa y a la que nos estamos refiriendo, al contrario, sabemos que sólo superando esa política que desmoviliza toda transformación verdadera, sólo desde la vida cotidiana, desde la lucha por la vida, cotidianamente, sólo cambiando nuestras vidas, desde la politización del malestar en la vida diaria es como podemos revertir y transformar verdaderamente nuestras vidas. La concepción institucional de lo político, es decir, la concepción de lo político de la clase dominante, del capital financiero especulativo y sus políticos, no es nada inocente

pues tiene como objetivo prioritario desmovilizar a las clases populares para que mediante esa representación quede (no)representado el conflicto y en tal medida desactivado, suturado en su propia representación institucional, que toda la conflictividad quede encerrada en la representación institucional del estado y sus relaciones, que toda la política ciudadana quede reducida a votar. Pretenden mediante esa representación que sus discursos vacíos, trufados de frases huecas y oportunismos, de cifras retorcidas *ad hoc* y cinismo den cuenta de lo que nos pasa, de lo que padecemos y lo que nos hace sufrir de tal forma que por su mera contemplación quedemos desactivados de nuestra responsabilidad política personal y colectiva y nos limitemos, como mucho a votar en cada elección. De esta curiosa forma el espectáculo de las campañas electorales absorbe y neutraliza la política en un acto ritual de votación y contemplación espectacularizadas. Contra esta concepción de la política oponemos una concepción de nuestra tradición clásica, ontológica en tanto

que animales políticos, no disociable en una representación ajena a nuestras vidas y en el día a día político que nos define como animales políticos, porque si no nos concebimos de tal forma estamos condenadas a ser entonces animales espectadores que son cebadas pasivamente con la basura espectacular de la representación política. Queremos cambiar nuestras vidas y sabemos que para ese propósito necesitamos cambiar la vida cotidiana, transformar colectivamente la práctica cotidiana en una objetivación política alternativa a la espectacular, es decir, en una práctica objetivada alternativa, construida mediante la propia reflexión política de esa práctica, colectivamente construida. Seguimos al feminismo cuando nos advierte que lo personal es político, no podemos aspirar a la autonomía mediante la delegación en la representación espectacular y su consecuente intervención técnico-aristocrática del estado sobre nuestras vidas inermes. La política es lo que nos sucede cotidianamente, las relaciones que establecemos y que se nos presentan naturalizadas, casi como un fenómeno meteorológico, disociadas de la representación política espectacular. Para la concepcion de la clase dominante, es decir, del capital financiero y sus élites, está la política y luego está la vida, por llamar de alguna manera al tiempo vacío del capitalismo ubicuo y omnipresente. Por eso, desde tal concepción disociada de la política como fenómeno de representación espectacular es posible entender sus concepciones igualmente disociadas del arte o del amor, la política ha quedado desactivada en el fenómeno político de la representación, disociada pues de la vida, de la constitución ontológica del ser humano como ser esencialmente social y político.

En la Xarxa conseguimos un grado de politización de nuestros malestares muy centrado en el cuidado, pero no fuimos capaces, colectivamente, de politizar nuestras vidas de una manera integral, atendiendo a la totalidad de la vida como fenómeno político unitario, no segmentado. Reprodu-

jimos así, sin darnos cuenta, la misma segmentación contra la que estábamos luchando al plantearnos la Xarxa, a la psiquiatrización opusimos el apoyo mutuo y la politización de los cuidados, su abordaje desde la democracia y la horizontalidad, pero no la vida como fenómeno unitario de politización. Cuando se planteaba la politización las compañeras tendían a desconfiar del concepto, estaba demasiado saturado de significaciones rechazables, aunque se explicara su referencia a lo cotidiano era recibido con desconfianza y no se podían establecer relaciones de nuestros malestares con fenómenos que aparentemente parecían alejados, incluso había una clara traslación del funcionamiento interno de esta circunscripción al cuidado que se manifestaba en la asistencia a las Asambleas de la Xarxa que eran para todos los miembros de todos los grupos, pero que registraban una asistencia mucho menor que las reuniones de grupo. Se reproducía la dinámica jerárquica y asistencialista de sujetos pasivos que reciben cuidado y se desentienden de la dirección de su organización por considerarla o aceptar que eso le corresponde a otras (las dirigentes), no a ellas en tanto que sujetos pacientes. Se establecieron vínculos fuertes y el compromiso poliético del cuidado, como compañeras se comprendió y se consideró como muy valioso, nadie lo puso en tela de juicio nunca por vivirlo siempre como necesario y considerar que las relaciones entre compañeras y el vínculo fuerte eran terapéuticos en sí mismos, pero no fuimos capaces de avanzar colectivamente en una politización que fuera más allá del cuidado. Los grupos de estudio tuvieron también buena acogida siempre que supusiera una temática de afectación directa, pero no cuando suponía cierta reflexión teorética que se concebía erradamente sin incidencia en la propia vida. Esta dinámica asistencial, pasiva, se reprodujo también en las reuniones con un aliado nuestro psiquiatra con el que nos reuníamos con carácter periódico (una vez al mes) para supervisar, a aquellas que quisieran asistir, la medicación y otra serie de interrogantes que quisieran solventar. Nuestro aliado llegó

a quejarse por la falta de elaboración de los asistentes, que efectivamente, tendían a reproducir la misma pasividad dependiente de la consulta "psi", sin reflexionar activamente sobre los encuentros, el diálogo establecido, los cambios, etc. Sabemos que el hacer y su conciencia correlativa no cambian con la mera dialectización dialógica, que se operan acumulaciones y saltos, retrocesos, explosiones, haceres cargados de contradicción. La Xarxa ha conseguido establecerse como red de vínculos de amistad fuerte, de compromiso en el cuidado mediante el apoyo mutuo en un hacer poliético, pero no hemos sido capaces de avanzar en la profundización de la politización integral como parte también del cuidado de una misma y de lo colectivo, como potenciación en tanto hacer y saber integrales. El saber cribado colectivamente se ha ceñido pues a lo sectorial, la psiquiatría y su reverso, nuestro nicho político segmentado, el apoyo mutuo como cuidado comunitario. Queda pues avanzar en la politización integral, no segmentada, de la vida cotidiana como parte del cuidado de sí y de la otra, como saber comunitario para la salud y la libertad. Queda avanzar en la extensión de las alianzas con otros colectivos como parte de esa extensión de cuidado y hacer integrales, no estancos, como parte de la politización de la vida cotidiana, queda hacer común a las compañeras que la politización no se circunscribe sólo a lo relativo a la salud, sino que abarca la totalidad de nuestras relaciones sociales con las que nos construimos y nos definimos como seres políticos.

Éste capítulo del libro filosófico
de los grupos de apoyo mutuo
ha sido pensado y escrito
por Fernando Martínez-Pereda,
integrante de la Xarxa GAM

POR UNA POSIBLE POLÍTICA ENTORNO A LA SALUD MENTAL

"El antihospital: Más que teorías lo que necesitamos son experiencias, porque la experiencia es la fuente de la teoría"
R. D. Laing

"La Antipsiquiatría nació como una lucha dentro de las instituciones, frente a la represión y la violencia que existía dentro de los manicomios. Pero los antipsiquiatras vieron la necesidad de dar un paso más y salir de las instituciones y de politizar la locura (…) hay que evitar que la locura sea recuperada por el sistema y que sea asesinada como posibilidad subversiva"
David Cooper

"Es un estado de divergencia mental; de pronto me encuentro en el planeta Occo. Soy parte de la élite intelectual que se prepara sin descanso para subyugar a las hordas barbaras de Plutón. Pero aunque para mí se trata de una realidad totalmente convincente en todos los sentidos, sólo es un producto de mi psique. Yo soy mentalmente divergente, y con ello escapo de ciertas realidades innombradas que invaden mi vida aquí. Cuando deje de ir allí me pondre bien...
¿Tú también eres mentalmente divergente, amigo?"
L.J. Washington, 12 Monos

Este escrito reflexivo surge de la necesidad de pensar sobre una posible batalla ideológica y estratégica. No quiero que mis palabras se lean en clave de dogma, ni convencer sobre una única manera de práctica. La lucha en la salud mental es variada y se compone de todo tipo de organizaciones, ONGs, fundaciones, asociaciones y colectivos, cada una de ellas con su propia identidad, forma de ser y hacer. Se comprende que cada una ha tenido un origen desde el cual

ha seguido su senda, con unos vínculos propios, intereses y preferencias políticas individuales y colectivas.

La razón de plantear este escrito es que no todas las organizaciones cuestionan el sistema capitalista como causa de nuestro sufrimiento mental. Desde XarxaGAM si que vemos que nuestro diagnóstico viene dado por razones políticas, sociales y ambientales; anhelamos que más personas y agrupaciones piensen sobre estas causas y lo reflexionen en sus espacios. Sé que la falta de crítica no se da únicamente en el movimiento de la salud mental, se da en muchos sectores de la sociedad. Se añade que, en diferentes luchas sectoriales, hay de las más variopintas actitudes frente a la vida, por lo que no estoy por exigir ni conquistar corazones y mentes para atraerlos a este ideal. Hay organizaciones que, aunque no cuestionen el sistema capitalista, hacen un gran trabajo con actividades de acompañamiento, apoyo mutuo y expresión artística y eso es de lo que se trata al fin y al cabo, de apoyarse y cuidarse las unas a las otras. Resulta difícil a nivel

de concienciar sobre los cuidados porque se necesita espacio, infraestructura, medios y recursos para llevar a cabo todas las actividades que querríamos en nuestras organizaciones.

Nos topamos con el problema de ser coherentes ya que también tenemos nuestras contradicciones. Hacemos balance y unas pesan más que otras, unas nos hicieron cambiar y con otras convivimos. Es en este balance donde entonces elegimos. No puedo incendiarlo todo y volver a casa. Tengo claro que elijo el anticapitalismo, pero nunca mi pensamiento y actitud estará encima cuando lo que está en juego es la salud y la libertad de elección. Desde mi posición tengo decidido que se pueden conseguir espacio y recursos,tanto con financiamiento externo a base de donaciones y subvenciones de las administraciones públicas como interno a base de una cuota de socia y que, en las actividades, por ejemplo si se hace comida fuera para la gestión de la asociación, se puede gestionar sin necesidad de acudir a la subvención de una entidad financiera.

Nuestro movimiento de grupos de apoyo mutuo en primera persona es bastante nuevo, se inició en el 2015 con el *Congreso de Hearing Voices* de Alcalá de Henares. El tiempo determinará, a base de reflexión y práctica hacia donde vamos individualmente y en conjunto. Partimos de una sociedad erigida en la mercantilización de las relaciones y trabajoso será subvertirlo. En éstas, bien conocemos el trato con la psiquiatra, que lo que nos una con el profesional es la cajetilla de medicación de la industria farmacéutica, que cada palabra y frase es examinada para darte un estabilizador del ánimo o un antipsicótico o un relajante muscular. Aún tomando los neurotóxicos y asumiendo nuestras contradicciones, estaría bien no abandonar la idea, el germen de la revolución.

Conociendo que el sistema educativo nos enseñó a obedecer y a no desarrollar el libre-pensamiento personal, sumando la manipulación de los medios de comunicación de masas (financiados por los grandes capitalistas), moldeadores de la opinión, la forma de ser y la actitud y ayudados por la gran industria del cine comercial como otro gran influenciador, veo que, influenciadas por estos dos ejes de dominación -la educación y los medios de comunicación-, la única vía de salvación es "salirse del surco", como si estuvieramos locas y a contracorriente poder recuperar nuestra esencia más profunda. Quizás todo esté mercantilizado pero nuestro cuidado mutuo no, escapamos de la sociedad, del espectáculo, con el apoyo mutuo y el crecer juntas. Nos construiremos como personas autónomas y de autorealización, contribuyendo en colectivo y hacia nosotras mismas. A nivel personal opino que se tiene que hacer añicos la alienación, como habla la novela distópica *Un Mundo Feliz* de Aldous Huxley. Es importante generar entre nosotras libre-pensamiento y desarrollarnos para mejorar nuestras vidas en nuestra más profunda esencia sin condicionamiento ninguno para que el diagnóstico deje de ser importante y solo sea una mera etiqueta invisible, que no sea nosotras. Pero para

eso deberíamos abarcar más allá de nosotras y estar presentes y activas en todos los campos posibles de la salud mental.

Primero partimos de la base, parafraseando una famosa cita, que *"Estar bien adaptado a una sociedad profundamente enferma no es signo de buena salud"*, dado a este sistema de privilegios, vemos que es obligatorio denunciar el origen y raíz de nuestros problemas mentales. No nos creemos el cuento del biologicismo y que se reduzca a un desajuste bioquímico en un cerebro erróneo e incorrecto, nuestras crisis mentales no vienen por la composición de nuestro organismo y nuestros genes. De la misma manera que no se ha encontrado todavía el gen de la enfermedad de ser anarquista o comunista, por mucho que hayan investigado sobre ello. Sin ir más lejos, todas las que estamos en Xarxa GAM hemos sufrido situaciones extremas, conflictos con nosotras mismas por construcciones impuestas por el capitalismo y ésta es la razón por la que hemos enloquecido. Así como la crisis económica también ha multiplicado los casos de sufrimiento mental y este hecho no es casual. Por eso, es imprescindible que cada vez que hablemos de salud mental también hablemos de toda la estructura sistémica de la sociedad en la que vivimos y denunciemos aquello que va en contra de nosotras. Nuestra comunidad debería partir de esta premisa sistémica para hacer una crítica más profunda de nuestros malestares y a la vez participar en la transformación social por una vida más igualitaria y libre. Sin transformación de la sociedad no hay posibilidad de una psiquiatría mejor, sino la continuación de una psiquiatría opresora y capitalista, por eso tenemos que ser un germen de cambio social y cultural. A veces para coger perspectiva miramos otras zonas del mundo. Si yo hubiera nacido en el Tibet budista o en una tribu del Amazonas (cuando digo yo digo todas nosotras) no tendría que enfrentarme a este problema de diagnóstico. Porque en esas sociedades se comparte la diversidad, se da espacio a diferentes realidades de todos los miembros de esos grupos. Allí no seríamos enfermas, seríamos más bien el

chamán o una más de la familia, sin prejuicios sociales hacia nosotras. En los países occidentales se ha desarrollado una psiquiatría acorde con los valores del capitalismo. Las no productivas somos apartadas y excluidas, lo que más necesitan es que no molestemos y que nos quedemos bajo la farmacología; en el Amazonas nos entenderían y disfrutaríamos de ser nosotras mismas con nuestras realidades particulares sin la necesidad de caer en la medicación. Son en estas razones en las que se enmarca nuestra crítica a la psiquiatría biologicista y contribuye a quitarnos la culpa de haber enloquecido que esta sociedad enferma nos ha impuesto. La proporción de desviación mental en culturas donde no hay una exagerada alienación y pérdida del propio ser, es mucho menor. Hacer activismo contra el estigma es necesario, es una gran labor que hacen muchas organizaciones pero, a mi modo de ver, tenemos que ir más allá y combatir todo aquello que nos haga daño, dentro y fuera de las instituciones de salud mental.

Soñamos con construir nuestra comunidad, un horizonte de transformación en contra del sometimiento del Sistema de Salud Mental tal y como está estructurado. Querríamos ser un movimiento crítico que cuestione las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de "enfermedad" mental sobre la cual la psiquiatría ortodoxa se apoya desde mediados del siglo XIX. Rechazamos las instituciones psiquiátricas clásicas, donde la paciente internada es concebida siempre como una "objeto" y no como "sujeto activo" con sus derechos, soberanía y necesidad de decidir sobre su salud y recuperación. Hace falta exigir en los psiquiátricos más libertad, sin imposiciones, con diversas alternativas de salud y en participación activa de nosotras. Las pacientes también queremos decidir en las cuestiones del centro, organizándonos asambleariamente junto a los miembros del personal profesional. Quizás suena lejano y utópico, sobre todo teniendo en cuenta la situación actual en la mayoría de psiquiátricos, pero no por utopía vamos a dejar de caminar hacia ella, hacia construir

entre nosotras relaciones soberanas igualitarias. Hace falta superar la frontera amenazante que separa profesional-paciente, jerarquía y subyugados, salud y locura.

Creemos que en este tipo de experiencia se logran iguales o mejores resultados terapéuticos que con la psiquiatría hegemónica, tal y como se produjo en los 60-70 en Inglaterra con David Cooper y R.D. Laing y en Italia con Franco Basaglia. Estas personas solo son nombres que han destacado por teorizar nuevas praxis psiquiátricas que, en sus tiempos, ya fueron proyectos revolucionarios dentro de instituciones psiquiátricas. Es gracias a un gran equipo de profesionales que lograron hacer realidad estos cambios y propósitos revolucionarios, mostrando así cómo necesitamos del apoyo de profesionales, personas que cuenten con una perspectiva de una psiquiatría crítica y alternativa. Hace falta crear un bloque entre diagnosticadas en primera persona, familiares y amigas, enfermeras, educadoras sociales, psicólogas y psiquiatras; un bloque que tenga la finalidad de realizar Comunidades Terapéuticas y estudiar todo lo que implica su desarrollo. No es solo teoría, desde el año 2015 están confluyendo complicidades que pueden ayudar a construir este proyecto de manera natural y sin premeditación, uniendo lazos entre todas y luchando a favor de los intereses de nuestra salud y nuestra comunidad.

Aquí en el estado español también hubo movimiento relacionado con la antipsiquiatría. Destacan varios equipos de profesionales en diversos psiquiátricos, nombres como Ramón García (primer traductor de Basaglia e introductor de las teorías en el Estado), Enrique González Duro y Guillermo Rendueles. Movimientos que encontraron dificultades y fueron aplastados por la institución psiquiátrica y el franquismo, teniendo como consecuencia el despido de sus lugares de trabajo de varios profesionales. Los proyectos iniciados en el cambio de modelo psiquiátrico siguieron en sus centros clínicos, en consultas, aunque, desgraciadamente, no llegó a

prosperar un gran proyecto de transformación general. Después de la dictadura, los grupos de la transición, entre ellos el PSOE, continuaron un sistema de salud mental similar, el que más les convenía. Se introdujeron algunas demandas antipsiquiátricas, reformas a nuestro favor, pero que no cambiaba la esencia psiquiátrica biologicista en sí. Y ahora, en la actualidad (2018), se está produciendo un movimiento bonito que está recuperando la crítica, la denuncia de los abusos y la transformación de nuestras realidades clínicas, sociales y políticas. ¡Un aplauso por las que no se cansaron de luchar y por las que se añaden a las reivindicaciones!

La intención de este escrito era proponer una estrategia de lucha por la salud mental teniendo de base nuestros principios anticapitalistas pero, a la vez, con la complicidad de las profesionales, de una práctica con un pie fuera y otro pie dentro de la institución psiquiátrica. Tener un pie fuera supone una forma de transformación cultural, de mantener el contacto con los movimientos sociales de la calle, de no aislarnos, de plantear una lucha interseccional; compartimos derechos, deseos y exigencias. Nos referimos a participar de las movilizaciones, ya sea de concentraciones o huelgas de hambre, comunicados de denuncia, el Día del Orgullo Loco (20 mayo), en actividades lúdicas comunitarias, programas de radio, en charlas y debates o estando presentes en todo tipo de manifestaciones de artes incluyendo la creación artística, la música, de graffitis, de teatro de guerrilla, así como también de acciones simbólicas, pequeños sabotajes, denuncias judiciales con abogadas especializadas en Derechos Humanos, organizadas y apoyadas desde Grupos de Apoyo Mutuo (GAMs), de refugios y de todas las posibilidades que nos podamos imaginar. Intentando construirnos en comunidad,materializando la autoorganización, rompiendo la individualidad y a la vez intentando ser autónomas, solucionando nuestros problemas por nosotras mismas. Esta transformación fuera se combinaría con otro pie dentro de la institución psiquiátrica. Tener un pie dentro es ser un caballo

de Troya dentro de la institución, es el punto al que se quería llegar con este escrito. Participar dentro es una estrategia por necesidad. La situación de encierro de compañeras implica también que ahí está la lucha para ser lo más efectivas posible, la lucha de plantar cara como movimiento y también promover cambios dentro del sistema de salud mental. No podemos olvidar que el legado del movimiento marxista de la Antipsiquiatría (añadir que David Cooper simpatizaba con el anarquismo) nació desde dentro de la institución formado por equipos profesionales que mutaron los espacios dominados del sistema hacia donde se les permitía. Cambiar el sistema de salud mental, desde dentro e involucrándonos, será positivo y se suma con la lucha paralela en la calle.

Los ejemplos de intervención son varios y con diferentes niveles de transformación, desde el acompañamiento hasta el cambio a un trato más humano. Concurriendo en la institución se podría llegar a realizar conciertos de rock, ska o jazz dentro de los complejos psiquiátricos y mejorar la calidad de vida de la mal llamada "enferma" crónica, de las que están enterradas de por vida. Los conciertos fueron una práctica en los años 80's en el estado español, tanto en centros penitenciarios como en psiquiátricos. Un ejemplo fue el concierto de la banda barcelonesa pionera del punk llamada Último Resorte en el complejo psiquiátrico Benito Menni en Sant Boi de Llobregat (Barcelona) el 2 de noviembre de 1979. Otro ejemplo, así por dar una idea de la de tantas prácticas o actividades que se pueden hacer y sabiendo que soy vegetariano, es la de realizar unas jornadas de charlas-debates y proyecciones sobre la liberación animal dentro del psiquiátrico y crear conciencia para que, quien quisiera, pudiera adoptar una dieta vegetariana/vegana y de esta manera el servicio de catering se vería obligado a servir platos libres de sufrimiento animal. En Inglaterra, en sus centros penitenciarios, está la opción vegana en la alimentación ya que, un muy alto porcentaje de la población inglesa es vegana y a la vez también hay varias presas políticas del *Animal Liberation Front* en

las cárceles. Se podría fomentar el deporte, sería una forma de rechazar la actual actividad de la institución psiquiátrica, donde no se practica de ninguna forma. Compartir la actividad deportiva habitual sería un empoderamiento colectivo. La institución podría apostar por la autorealización personal en creaciones artísticas y en el desarrollo cultural e intelectual de las pacientes, pero actualmente estas prácticas son nulas o se realizan escasamente en la institución, solo por cumplir, sin ponerle la importancia real de tales actividades.

Para poder llevar a cabo actividades dentro, se tiene que ser o profesional o voluntariado. El voluntariado es una inversión personal, costo de horas y dedicación no remunarada de las que el Sistema de Salud Mental se beneficia. En gran parte del sector psiquiátrico hay servicios que sobreviven a costa de las demás, del trabajo gratuito. Tareas que suponen un beneficio para el paciente pero también para la institución; un rentable negocio de externalizaciones de servicios públicos. Habría que reivindicar que la estructura psiquiátrica pagara y/o contratara salarialmente a recursos humanos para realizar estas actividades de apoyo. La lucha laboral es también nuestra lucha. Apoyar el desarrollo de actividades implica dedicar esfuerzos a transformaciones, no por pequeñas menos importantes. La realidad del encierro es dura, hay pacientes con diagnóstico que han perdido varias facultades cognitivas y sociales a causa de los psicofármacos, el aislamiento y la casi ausencia de psicoterapias. Las actividades a realizar dentro no son otra cosa que intentar desarrollar autonomías, una construcción directa y hacernos partícipes de todas las decisiones donde estamos involucradas. Prácticas que acaben con el modelo de asistencialismo actual; reivindicar que nuestra opinión importa en la sociedad y que nada sobre nosotras, sin nosotras.

Otra cosa a tener en cuenta es que hay personas con diagnóstico que son reacias a formas de autoorganización (seguramente por generarles desconfianza) por lo que sería indicado otras formas más respetuosas, como participar en

GAMs, grupos de escucha de entre cuatro a seis personas máximo que, aunque dentro de los tentáculos de la institución de salud mental, pudiera reclamarse como espacio autónomo y mejorar todo lo posible su calidad de vida, dándoles, de manera paulatina, acompañamiento, más terapia constructiva en la soberanía personal y colectiva.

La autoorganización nos une y nos da voz para presionar al equipo de profesionales, para poder incidir en el rechazo de la sobremedicación, el tratamiento ambulatorio involuntario, la contención mecánica, la terapia electroconvulsiva, la estimulación cerebral profunda y todas las prácticas agresivas que existen a día de hoy. Este rechazo sensibiliza a pacientes sobre sus derechos, sobre los efectos secundarios y las secuelas, de lo que suponen las praxis a las que están sometidas, para que tomen conciencia y ganen libertad sobre su salud, para poder decidir con mayor juicio de lo que prefieren, lo que les conviene y lo que no quieren.

Queremos darle un término relacionado con la diversidad de realidades y es la "diversidad mental". Esta teoría viene a decir que, frente a las concepciones clásicas de clasificar a la población entre sana y enferma mentalmente, lo deseable es cambiar el paradigma. La diversidad mental plantea que el ser humano, como especie, de manera natural, manifiesta una diversidad en cuanto a características de vivir la realidad y que, este hecho, no ha de plantear necesariamente una separación entre personas enfermas y sanas. Lo normal es que existan individualidades que sean divergentes mentalmente frente a una "mayoría" de la población. La divergencia, más que perjudicar, beneficia al conjunto de la humanidad. Según se ha estudiado, el apoyo mutuo favoreció a la evolución de la raza humana, ya que personas con diversidad mental, por lo tanto otro tipo de realidades, aportaban sus puntos de vista a la hora de solucionar problemas, y había una mayor propuesta de soluciones con sus diferentes realidades para resolver problemas.

Con este texto quería compartir esta idea, la de que tener un pie dentro de la institución de salud mental, pese a que "degrade" al movimiento social y su autonomía como principio, táctica y finalidad. Nos encontramos a menudo que, aunque lo que proyectamos desde la calle no es suficiente, no llega dentro, a las que sobrevivimos individualmente y con grupos de apoyo propio, es necesario estar dentro de las instituciones. Este texto plantea una polémica, la necesidad de codearse con el poder para llegar al imaginario colectivo, materializar las exigencias, unos derechos que por lo general topan con un claro y fuerte rechazo al cambio por parte de la institución. Pienso que una transformación cultural es previa a los cambios institucionales y políticos, por eso es importante no abandonar nunca la lucha de la calle. Las articulaciones del control psiquiátrico se han extendido hasta los más mínimos detalles de la vida cotidiana, todas somos pacientes potenciales de cualquier sufrimiento mental. Muestra de su extensión es el aumento de psicofármacos y como DSM-V ha ampliado sus trastornos hasta lo exagerado. No podemos tener por objetivo dinamitar las instituciones de salud mental porque dentro de ella también están nuestras compañeras que sufren, en ellas viven y politizan un sin fin de pacientes que reciben atención. La propuesta sería transformar la institución presionando sobre ella a la vez que se promueven movimientos en primera persona, las afectadas, como definición de nuestra comunidad contracultural y de calle.

Texto escrito por Joan Panadès, integrante de Xarxa GAM

ENALTECIMIENTO DE LA ANORMALIDAD

"No tengas miedo. Sólo ve hacia delante y juega"

Charlie Parker

"Lucha de gigantes convierte
El aire en gas natural
Un duelo salvaje advierte
Lo cerca que ando de entrar
En un mundo descomunal"

Nacha Pop

"Brindemos por los locos, por los inadaptados, por los rebeldes, por los alborotadores, por los que no encajen, por los que ven las cosas de una manera diferente. No les gustan las reglas y no respetan el status-quo. Los puedes citar, no estar de acuerdo con ellos, glorificarlos o vilipendiarlos. Pero lo que no puedes hacer es ignorarlos. Porque cambian las cosas. Empujan hacia delante a la raza humana. Mientras algunos los vean como locos, nosotros vemos el genio. Porque las personas que se creen locas por pensar que pueden cambiar el mundo, son las que lo hacen".

Jack Kerouac "En la Carretera"

Enaltecimiento a la anormalidad es una bala que atraviesa conciencias que no conceden ni un sobresalto ni una pasión desmesurada, es un escudo que te defiende de comportamientos correctos, sus reglas y límites. Una granada de mano para aniquilar la rutina, la resignación, la mediocridad y la sumisión.

Lo normal es lo que se encuentra en su estado natural, lo habitual, lo usual, contrapuesto a lo anormal como lo extraño, lo excéntrico, lo deficiente e incluso lo monstruoso. Pero por otro

lado lo normal es lo que sigue la norma, lo normativo, lo que se adecua a la regla, lo que debe ser, contrapuesto a los fantasmas. El criterio de normalidad en las sociedades occidentales solo puede estar concebido como herramienta disciplinaria, como control sobre las personas ejercido por mecanismos de muy diversa índole que alcanzan todas las esferas de la vida. Mecanismos de control desarrollados socialmente para mantener a las personas a raya. Tendencia humana a actuar y plantearse la realidad dentro de unos límites, donde cada acción conlleva unas connotaciones impuestas. Cuando esta condiciona de tal manera nuestra vida que se impone al sentido común y se convierte en una especie de ley, ya tenemos la norma, y del conjunto de estas la normalidad. La normalidad, ese fenómeno ilusorio, creado por nosotras mismas de la nada como principal vía de marginación, consistente en un proceso inexorable de asimilación de términos y conceptos como propios por la masa. Unos dictados de cómo vivir, comportarse originados por una abstracción de pautas e identidades de alineación originadas principalmente del capitalismo y la moral cristiana, toda una enculturación de costumbres de índole reaccionaria y de conveniencia para el Estado, lo normal, lo que sigue la norma, que se lleva a cabo con el único pretexto de que: o ya se hacía antes (entramos en la llamada tradición) o lo hace todo el mundo (normalidad en esencia), por repetición. Nuestra imagen proporciona en las obtusas mentes ciudadaniles el miedo, el asco o el rechazo; y todo porque la normalidad ha calado hasta lo más hondo en el mundo.

Todo ello de la realidad normativista está ceñida a la utilidad de las personas, a que se le añade términos de utilidad casi sinónimos como capacidades, competencias, aprovechamiento, capital social. Cuando un significado se da por entendido, como compartido, hace alusión a la idea de normalidad. Así, la utilidad se establece dependiendo de qué boca la nombre, una normalidad y unos límites desde los que operar. Tras la intensa labor de adoctrinamiento, más

que salir cómo somos lo que sale es un pensamiento distorsionado y confundido. La normalidad establece una utilidad, unos límites sobre los que actuar que condicionan la vida, convirtiendo los esquemas de normalidad en una especie de ley. Las pautas normativistas y identidades se ven sometidas a las reglas del juego, el todo tiene por eje la normalidad y es su baraja. Quien no reproduce comportamientos asignados viene a ser subversiva porque se reduce a su confrontación con la norma, en su negación de esta sociedad. Cuando un juicio no puede enunciarse en términos de bien y de mal, se expresa en términos de normal y anormal, y esta diferenciación en el seno de la sociedad se justifica apelando a lo positivo o a lo nocivo para la individualidad.

Y resulta irónico que en los espacios de militancia de aquella que es considerada como anticapitalista se reproducen y perpetúan las discriminaciones de salud mental hacia aquellas personas que no encajan dentro del privilegio de la realidad normativista. Dentro de los grupos de afinidad y militancia se comenta: "que no venga éste que nos la lía y no podemos entrar en este bar-cooperativa", "es esquizofrénica, no puede aportar nada", "tiene euforia, dejarle sola hasta que se le pase", "que no venga a la asamblea que no le soporto", "está loca, se ha inventado que un compa la agredió sexualmente, vamos a hacer todo lo posible para que la atienda una psiquiatra", etc. Todo son excusas para no integrar a aquellas inadaptadas, que con su decisión de vivir con el delirio suponen un problema para el confort de todas las personas que se autodenominan anticapitalistas, de manera exclusiva. Como decían en el mayo del 68: "Un policía duerme en cada una de nosotras, es necesario matarle", sólo se dedican estas anticapitalistas a hacer la revolución para el mundo exterior, rechazan que sea en su seno, en su propia conciencia.

Cuando unas amigas conocen a una amiga mía lo primero que me preguntan es si tiene un trastorno mental, esta

pregunta va antes de preguntarme como se apellida, de que trabaja o estudios tiene, y que hobbies mantiene a modo de pasatiempo. El trastorno mental se convierte en lo que es o no es una persona, muy por encima de todo tipo de características personales. Y esto se da en movimientos anticapitalistas, que deberían estar por la horizontalidad y pisotear cualquier tipo de discriminación y de demoler el privilegio de la realidad normativista. Esta pregunta de si tiene un trastorno mental no debería darse a menos de que la vieran sufriendo por alguna experiencia y su decisión fuera ayudarle.

Lo mismo pasa cuando estás conociendo a un ligue, que te ves con la obligación de decirle tu sufrimiento mental, algunas amigas te dicen que se lo digas en cuanto antes y otras que no lo hagas hasta pasados 3 meses de veros. Dados estos dos consejos te ves en la encrucijada de decírselo algún día y de la mejor manera con muy buena comunicación, para trastocarle el mínimo posible su privilegio de realidad normativista. Según sus preferencias sociales te aceptará o hará ruptura de la relación, te dirá mil excusas o será sincera, pero no es por ella, es por la realidad normativista que nos somete y nos hace perpetuar sus intereses. No debemos culpar a la posible pareja, sino a un sistema estructurado en privilegios.

O en el lugar del puesto de trabajo, muchas compañeras te tienen como la no productiva, como la que está trabajando porque el estado obliga a las empresas a ofrecerte curro. Porque no se te exige tanta rapidez y precisión que a las demás en el sistema productivo, te tienen como envidiada y sabiendo que cobras muchísimo menos que ellas.

Y muchas no les gusta ni un pepino a que percibas una prestación o ayuda social por medio del Estado. Que con sus impuestos sirvan para que tengas una pensión y malvivas con ella. Porque al fin de cuentas, la pensión por discapacidad no es que sea muy generosa, te da para sobrevivir

viviendo en casa de tus padres/madres. Es el pensamiento de obreras de derechas que se fue implantado en los años 80's con las privatizaciones de Felipe Gonzalez, y ahora a las nuevas generaciones de hijas de obreras se niegan que con su IRPF sirva para mantener a unas vagas e improductivas que se pasan el día con el café y el cigarro. Somos objetos de odio y de la deriva neoliberal del estado del bienestar.

Entre nosotras nos pesa la diferente, no queremos integrarle en nuestro círculo porque nos molesta, nos incordia, nos cansa el mantener una relación afectiva amiguil con una persona que no aprobamos su actitud con diversidad mental. Lo diferente nos repudia, lo rechazamos, no le queremos en nuestras vidas más íntimas. Son personas que molestan, por ello existen los psiquiátricos, para aislarlas del mundo, y nosotras reproducimos estos protocolos de alejarnos de toda persona rara o loca como una cabra, porqué sí, están locas como cabras! Porque estamos acostumbradas a la realidad normativista, la subversión de actitud como condición mental no la toleramos, esas personas fuera de mi vida! Si no encajan en la realidad normativista yo no voy a hacer nada para tolerarla, no las voy a cuidar ni apoyar, me dan pereza, no quiero invertir mi tiempo en su recuperación porque suficiente tengo con mi vida! Y mi círculo amiguil es muy cómodo, hay idas de olla, si, idas de olla pero que son normales, muy normales y además nos hacen gracia. No te hablan de alienígenas azules con cuerpos de niñas pequeñas, ni que han visto hilos transparentes que unan a las personas, y que han hecho viajes astrales, ni que la física cuántica tiene razón en sus teorías, pufff ya me han llegado a decir que han estado en otras dimensiones. Y yo no quiero eso, no quiero que trastoquen mi higiene mental, son personas tóxicas, no aportan nada... Solo ralladas de sus paranoias y delirios. ¡Me tienen harta! Y además te llaman la atención terceras que no conoces de nada por estar acompañada en la calle de una persona con diversidad mental, joder, y encima la gente lo paga con-

migo... Son todo mierdas. No quiero rodearme de débiles mentales y que me la lían por ellas encima! Sólo quiero que se mediquen y no abandonen la farmacología, porque así no van a llegar a ningún lado, y yo, yo tengo una buena vida repleta de amigas, ellas están solas y no tienen ambiciones, no quieren ir a ningún lado. No les invitaré a mi cumpleaños porque quiero un día alegre y ellas sobrepasan todo límite, y me la vuelven a liar. Y yo, yo soy revolucionaria con toda convicción pasional, pero las locas no son revolucionarias, no levantan el puño, no tienen ni puta idea de nada. Ni les gusta Bakunin ni entienden del materialismo dialéctico de la tesis-antítesis-síntesis, no son como nosotras que somos muy ilustradas y tenemos mucho fondo.

Esa gente no entra en las asambleas porque lo digo yo!

Bien, es exagerado este tipo de discurso del anterior párrafo pero la realidad normativista hace daño y este daño no es invisible. Os invitamos a reflexionar sobre ello. Llevo 10 años como psiquiatrizada, el giro en mi vida me ha posibilitado conocer y crear lazos con mucha gente con diagnóstico psiquiátrico, y en serio, veo muy normal la anormalidad. Me he construido en ella hasta llegar a tal punto que no hago la distinción binaria de normal-anormal. Tengo muchas amigas con algún trastorno o mejor dicho, sufrimiento mental, y me ha enriquecido mucho la vida el rodearme de locas. Me lo paso muy bien y me siento mejor acompañada. La anormalidad existe como prejuicio de conocer personas abiertamente, cada persona es un mundo con sus particulares y descubrir y acompañar este mundo es una grata experiencia. Por lo que la normalidad te limita de conocer personas y acercarte a ellas.

La anormalidad existe y se debe ir más allá, caminar juntas hacia un horizonte donde cada una tuviera la libertad de tomar medicación o convivir con su delirio. Se debe respetar la opción personal de no medicalizarse, creando el terreno

y la atmósfera adecuada en las relaciones y encuentros, y su cuidado. Entre los grupos de trabajo de nuestro ambiente habría que tener como misión hacer lo posible por respetar las diversas realidades y favorecer herramientas y recursos a aquellas personas que han decidido emprender con su "condición" de vida un arma subversiva por si misma. Se dice que "las locas" somos subversivas, aparte de la negación social, porque no consumimos. No somos rentables.

Lo ideal sería construir una cultura y por ello, su comunidad de resistencia que tuviera cabida las diferentes realidades y en consecuencia, libres comportamientos y actitudes fueran aceptadas e integradas en favor de la lucha de clases. Reivindicar el derecho a ser diferente y a la no patologización de las experiencias inusuales.

El horizonte al cual debemos llegar es a la aceptación de todo tipo de realidades, rechazando la normatividad que en realidad se ejecuta por la mayoría, es decir, por la cantidad. Es la dictadura de la mayoría.

Sólo puedo decir que hay que romper la baraja. Y a desarrollarnos en nuestro propio juego.

DIRECTORIO DE INTERÉS

Mientras se ha escrito *Otra Mirada* varios son los textos, recursos y colectivos que nos han ayudado. Están lecturas ya conocidas y otras a descubrir, textos que han dado contexto a nuestras experiencias y han profundizado sobre estas las cloacas del sistema de salud mental. Justo es compartir estos recursos y recopilarlos a modo de "Directorio de interés" para las que quieran profundizar en algunos temas.

Libros

ALFONS ARNAU, Josep (2012) Escritos contrapsicológicos de un educador social. Granada: Biblioteca Social Hermanos Quero; Primera vocal. ISBN 978-84-6161-043-3

BASAGLIA, Franco; LANGER, Marie; CARUSO, Igor; SZASZ, Thomas; SUÁREZ, Armando; BARRIENTOS, Guillermo (1978). Razón, locura y sociedad: una mirada a la historia des del siglo XXI. Buenos Aires: Siglo XXI. ISBN 978-96-8230-098-1

CASTEL, Robert (2009) El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo. Buenos Aires: Nueva visión argentina

COOPER, David (1976) Psiquiatría y Antipsiquiatría. Buenos Aires: Locus hypocampus

COOPER, David (1971) La muerte de la família. Madrid: Ariel

DEBORD, Guy (1976) La sociedad del espectáculo. Madrid: Editorial Castellote

ENAJENADXS (2000) Uníos Hermanxs Psiquiatrizadxs en la guerra contra la mercancía. Madrid: Ediciones sin nombre

ERRO, Javier. (2016). Saldremos de esta, Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis. Granada, Primeravocal y BS Hnos. Quero

FOUCAULT, Michel (1978) Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Madrid: Siglo XXI. ISBN 84-3230332-1

FOUCAULT, Michel (1976) Historia de la locura en la época clásica. México D.F.: Fondo de Cultura Económica. ISBN 84-3750-167-9

GARCÍA, Ramón (1995) Historia de una ruptura: el ayer y el hoy de la psiquiatría española. Barcelona: Virus editorial : Fuentes y frentes, publicaciones del Colectivo Crítico para la Salud Mental. ISBN 84-88455-22-4

GONZÁLEZ DURÓ, Enrique (1982) Distancia a la locura: teoría y práctica del Hospital de Día. Madrid: Editorial Fundamentos. ISBN 84-2450-349-X

GOTZSCHE, Peter C. (2016) Psicofármacos que matan y degeneración organizada. Barcelona: Libros del Lince. (Col. Sin Fronteras; 30). ISBN 978-84-1507-064-1

LAING, Ronald David (1964) El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad. México D.F.: Fondo de cultura económica. ISBN 84-375-0022-2

NITSUN, MORRIS (1996) The anti-group: Destructive forces in the group and their creative potential. Londres: Routledge. (Mental health classic editions)

PÉREZ SOTO, Carlos (2012) Una nueva antipsiquiatría. Seminarios impartidos en 2012 en las Escuelas de Psicología de Santiago de Chile. Texto completo: https://www.cperezs.org/wiki/UNA2::Text_es

RENDUELES, Guillermo (2017) Las falsas promesas psiquiátricas. Madrid: La linterna sorda

RODRÍGUEZ, Roberto (ed.) (2016) Contrapsicología: De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura. Madrid: Dado Ediciones

SZASZ, Thomas (1994) El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu editores

VANEIGEM, Raoul (1972) De la huelga salvaje a la autogestión generalizada. Madrid: Anagrama

VV.AA. (2007) Estado de wonderbra: Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género. Barcelona: Virus editorial

Artículos

CANALS SALA, Josep (2002) “Els grups de ajuda mútua: una presentació actual de la reciprocitat”. Publicado en: Quaderns de l’Institut Català d’Antropologia, nº17-18, p. 139-151

GONZÁLEZ DURÓ, Enrique (2017) “La psiquiatría no existe, solo hay fármacos”. Publicado Atlántica XXII: revista asturiana de información y pensamiento, 21/7/2017

GONZÁLEZ DURÓ, Enrique (2011) "La crisis de la salud mental". Publicado Primera Vocal, 26/11/2011. https://primeravocal.org

GONZÁLEZ DURÓ, Enrique (2001) "Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento". Conferencia de clausura del Primer Encuentro Estatal sobre "Perspectivas Críticas en Psicología y Psiquiatría". Málaga, Octubre 2001. Publicado en: El rayo que no cesa nº 4 (2002)

GONZÁLEZ DURÓ, Enrique (9/12/1977) "Una nueva reivindicación" El País

RENDUELES, Guillermo (2011) "El estado de malestar: Una conversación con Guillermo Rendueles". Publicada por Viento sur/ El estado mental

SAN MARTÍN, Conchi (1996) "Mujer y locura". En: El rayo que no cesa, nº2

VV.AA. (13/06/2010) "Psiquiatras de BCN aplican terapias para 'curar' la homosexualidad" El Periódico

Grupos y colectivos

- Asociación Española de Neuropsiquiatría, buenos análisis tiene sobre un cambio de modelo psiquiátrico. (http://www.aen.es)

- Colectivo Autogestión Libre-Mente (Facebook Autogestión Libre-Mente)

- Colectivo Locomún (twitter LoComún (@Lo_co_mun) i Facebook LoComún)

- Biblioteca Social Hermanos Quero (https://www.bsquero.net/)

- El rayo que no cesa, boletín de Contrapsicologia y Antipsiquiatría (ya no se publica)

- Flipas GAM, colectivo de Grupo Apoyo Mutuo de Madrid (https://flipartegam.wordpress.com/)

- Intervoice, comunidad internacional de escuchadores de voces (http://www.intervoiceonline.org/)

- Mad in America Hispanohablante, agrupación muy recomendada para entender el mundo desde persona que sufre con diagnóstico (http://madinamerica-hispanohablante.org/)

- Primeravocal.org, hay muchas referencias sobre su web, su grupo de estudio y reflexión de psiquiatría y revuelta social (http://primeravocal.org)

- The Icarus project, red de grupos e individualidades que abordan el dolor psíquico desde una perspectiva crítica (http://theicarusproject.net/)

- Xarxa de Grups d'Ajuda Mútua formada per persones psiquiatrizadas i crítiques amb el Sistema de Salud Mental (https://xarxagam.org/)

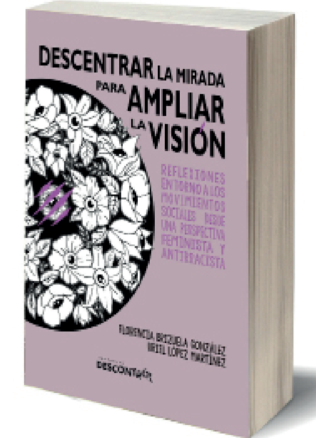
Índice de contenido

Descentrar la mirada para ampliar la visión

Reflexiones entorno a los movimientos sociales desde una perspectiva feminista y antirracista

FLORENCIA BRIZUELA & URIEL LÓPEZ







Pensar que el racismo es un problema exclusivo de unas cuantas personas que son intolerantes a la diversidad étnica y cultural es un error; pues eso tan sólo es parte de una historia mucho más amplia y compleja. Una donde el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado son producto de una misma lógica, la cual se ha encargado de dividir el mundo entre centros y periferias, generando la sensación de que en este planeta hay vidas que valen más que otras. Este libro nos invita a revisar muchas prácticas y discursos generados en el interior de los movimientos sociales, para cuestionar de forma radical los cimientos de este sistema.

136 páginas
20x14 cm

castellano
ISBN 978-84-17190-27-9

12€



#FemVeus

Este libro ha sido maquetado, impreso, encuadernado y acabado a finales de junio de 2018 en la imprenta Descontrolada en Sants/La Bordeta, Barcelona.